

Name/Vorname/Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer/Mobilnummer: _____

Email Adresse: _____

Notfallkontakt/Angehöriger: _____

Hausarzt/Überweisender Facharzt: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

1) Wegen welchen Beschwerden kommen Sie zu uns? (stichwortartig)

2) Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? Ja (☐) Nein (☐)
Wenn ja, welche? Genaue Dosis angeben (*Medikamentenplan bitte abgeben*)

3) Gibt es neurologische Vorbefunde? Ja (☐) Nein (☐)
Wenn ja, von wann/wo? _____

4) Gibt es aktuelle Krankenhausberichte von Ihnen? Ja (☐) Nein (☐)
Wenn ja, von wann/wo? _____

Bitte unterschreiben:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt bzw./und überweisender Arzt bis auf Widerruf einen Arztbrief erhält:

Datum & Unterschrift:

Ich erkläre mich bereit, wenn ich den vereinbarten Arzttermin nicht mindestens 1 Tag vorher absage, eine Ausfallentschädigung von **40,- €** zu entrichten!

Datum & Unterschrift:

----- **Bitte 2. Seite beachten** -----