



# MIKEMORELL

## Patientenaufnahmebogen

Liebe Patienten,  
herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen.  
Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen, bzw. zu aktualisieren.  
Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nehmen Sie sich Zeit.

### Persönliche Angaben:

Vorname/Name	
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort
Geburtsdatum	E-Mail
Telefon	Mobil
Krankenkasse/Versicherung	

Welche aktuellen Beschwerden haben Sie? Seit wann?

---

---

Andere Beschwerden/Erkrankungen? Seit wann?

---

---

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

---

---

**Wodurch sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden? (bitte ankreuzen)**

- Empfehlung durch Freunde/Familie
- Empfehlung meines Arztes/meiner Ärztin
- Internet/Facebook
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Angaben gemäß Datenschutzverordnung: (bitte ankreuzen)**

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation gespeichert werden. Der Heilpraktiker verpflichtet sich, die Daten außerhalb der notwendigen Angaben zur Diagnose und Behandlung nicht an unbeteiligte Dritte weiterzugeben.
- Ich bin damit einverstanden, in den E-Mail-Verteiler aufgenommen und über Gesundheitsinformationen sowie aktuelle Veranstaltungen informiert zu werden.
- Ich bin damit einverstanden, eine Terminerinnerung über das Onlinebuchungsportal Shore zu erhalten.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke Boznerplatz mich per E-Mail über den Status meiner Bestellung benachrichtigen darf.

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

**Entschädigung bei Nicht- bzw. kurzfristiger Terminabsage**

Wir sind stets bemüht, Ihnen den bestmöglichen Service und die bestmögliche Betreuung zukommen zu lassen. Daher bitten wir Sie, falls vereinbarte Termine nicht wahrgenommen werden können, diese spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir bei Nicht- oder kurzfristiger Absage ein Ausfallhonorar berechnen, da Ihr Termin leider so kurzfristig nicht neu belegt werden kann.

Ich habe die Informationen zur Kenntnis genommen und bin Einverstanden mit der Behandlung. Gemäß § 614 BGB ist die Vergütung stets sofort fällig.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift