

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie heute in unserer Praxis begrüßen zu dürfen und möchten uns zunächst kurz vorstellen.

Als ausschließlich privatärztlich tätige Praxis betreuen wir unseren Patientenstamm hausärztlich und fachärztlich sowohl internistisch wie auch sportmedizinisch.

Unser Leistungsspektrum umfasst u. a.:

- Ultraschalluntersuchungen mit Farbdoppler (auch Herz-, Gefäß- und Schilddrüsendiagnostik)
- EKG, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Lungenfunktionsdiagnostik
- Ernährungsberatung
- Vorsorgeuntersuchungen
- Hausärztliche Grundversorgung
- Medizinische Kräftigungstherapie
- Sportmedizinische Diagnostik und Beratung.

Um uns ausschließlich den Belangen unserer Patienten widmen zu können, haben wir den Bereich der Rechnungsbuchhaltung der ärztlichen Verrechnungsstelle Dr. Güldener/ Stuttgart übertragen. Das Büro Dr. Güldener wird Ihnen monatlich eine GOÄ-konforme Arztrechnung erstellen, die Sie an Ihre private Krankenkasse weiterleiten können. Wir bitten deshalb um Ihre Zustimmung zu diesem Vorgehen auf dem beigelegten Formblatt.

Wir legen Wert darauf, Sie zu Ihren Terminen möglichst pünktlich zu behandeln. Umgekehrt bitten wir Sie auch im Interesse der nachfolgenden Patienten, Ihre Termine pünktlich wahrzunehmen und bei Verhinderung mindestens 24 h vorher abzusagen. Eine Verdienstaufschlüsselung ziehen wir andernfalls in Betracht.

Abschließend bitten wir noch um persönliche Informationen zur Führung unserer Patientenkartei:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ und Wohnort: _____

Name und Sitz der Krankenkasse: _____

Telefon privat: _____ geschäftlich: _____

Mobiltelefon: _____ E-mail: _____

Arbeitgeber: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Operationen: _____

Chronische Erkrankungen: _____

Sonstiges: _____

Wurden innerhalb der letzten 12 Monate folgende Untersuchungen bei Ihnen durchgeführt, wenn ja, bei welchem Arzt?

Blutuntersuchung: Lungenfunktionsmessung: Ruhe- EKG: Belastungs- EKG:

Bei: _____

Ultraschall-Bauch: Ultraschall-Herz:

Bei: _____

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie schriftlich an wichtige Kontrolluntersuchungen erinnern?

Ja: Nein:

Eigene Wünsche an das Praxisteam: _____

Vielen Dank

Ihr Praxisteam Dr. Feulner

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass bei fehlender oder zu kurzfristiger Terminabsage (<24 h) eine Verdienstausfallsentschädigung in Rechnung gestellt werden kann.

Datum Unterschrift

Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer Website bzw. dem Aushang in unserer Praxis.