

Fragebogen für Registrierung als potentieller neuer Patient in FA-Praxis Miserre Meinerzhagen-Valbert:

Zur einfachen Bearbeitung bitten wir Sie, uns die nachstehenden Fragen zu beantworten.

Ihre Angaben sind geschützt durch die ärztliche Pflicht zur Verschwiegenheit.

	Ihre Angaben
Name (und Titel)	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse und Nr.	
PLZ und Ort	
Telefon	
Telefax	
Mobiltelefon	
Krankenkasse	
vorheriger Hausarzt	
Grund für Hausarztwechsel	
Vorerkrankungen	

E-Mail-Adresse:(Bitte leserlich)

Ich bin mit dem unverschlüsseltem E-Mail-Verkehr an folgende E-Mail-Adresse einverstanden.

.....

Hinweis:

gemäß § 33 BDSG:

Die Daten werden elektronisch gespeichert.

Mir ist bewusst, dass mit Abgabe dieses Fragebogens **kein** Arzt-Patientenverhältnis begründet wird.

.....

(Datum)

(Unterschrift)