



Hautarztpraxis

Dr. T. Aßmann · Dr. R. Mang · Dr. A. Kremer

Fachärzte für Dermatologie und Allergologie

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Im Folgenden bitten wir um einige Angaben, um Sie optimal behandeln zu können. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollte der Platz nicht ausreichen, so verwenden Sie bitte die Rückseite dieses Formulars.

Name _____ Vorname _____ geb. _____

E-Mail-Adresse _____ Beruf _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Mobil-Nr. _____ Telefon _____

Krankenkasse _____ Hausarzt _____

Allgemeine Fragen

Vorerkrankungen _____

Allergien _____

Medikamente _____

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja _____ Woche nein ungewiss

Wünschen Sie eine Hautkrebsvorsorgeuntersuchung? ja nein

Wünschen Sie Informationen über besondere Leistungen

Laserbehandlung (Altersflecken, Warzen, Äderchen, Tätowierungen, Haare)

Faltenbehandlungen

Kosmetik

Sonstige Fragen

Dürfen wir Sie an anstehende Kontrolle- und Vorsorgetermine erinnern?

Falls ja: telefonisch per Post per E-Mail

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Grund des Besuches

Datum _____

Unterschrift des/der Patienten/Patientin
(bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter)