



Name:

Vorname:

E-Mail:

Tel.:

Hausarzt:

Mobil:

Krankenkasse:

Ich bin bei den folgenden **Fachärzten** in Behandlung:

---

Welche Krankheiten, Beschwerden bzw. Symptome führen Sie zu uns?

Bestehen Ein-und/oder Durchschlafstörungen? **JA**  **Nein**

**BMI:**

Körpergröße und -gewicht: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg Rauchen Sie? **JA**  **Nein**

Psychotherapeutische Vorbehandlung (Stationär und/oder ambulant mit Jahresangabe, von-bis):

Körperliche Vorerkrankungen:

Aktuelle Medikation (**auch aufgrund körperlicher Erkrankungen**):

Ist ein Rentenantrag gestellt oder sind Sie bereits berentet?

**Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**  Gelbe Seiten  Internettelefonbuch  
 Internetsuchmaschine  Krankenkasse  Persönliche Empfehlung  
 Kassenärztliche Vereinigung  Sonstige:

*Wir sind als Vertragsärzte dazu verpflichtet, Ihrem überweisenden Arzt einen Bericht zukommen zu lassen und halten dies auch für sinnvoll. Sie haben als Patient/Patientin allerdings auch das Recht, dem zu widersprechen. Bitte kreuzen Sie nachfolgend an, ob Sie das Versenden des Befundberichtes wünschen oder nicht:*

Ich bin mit dem Versand des Befundberichtes an den überweisenden Arzt einverstanden

Ich bin mit dem Versand des Befundberichtes nicht einverstanden

**Zur Koordination der Therapietermine (auch zur schnellen Info bei z.B. krankheitsbedingtem Ausfall) und seit Pandemiezeiten auch zur Nutzung von Videosprechstunden benötigen wir dringend Ihre e-mail Adresse und Ihre Mobilfunknummer.**

Ich bin mit Kontaktaufnahme (schriftlich/telefonisch/SMS/email) bzgl. Terminabsprachen und -erinnerungen einverstanden: **Ja**  **Nein**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass **Termininformationen** über die in der Praxis hinterlegten Kontaktdaten (insbes. Telefonnummern) an alle **hierüber** erreichbaren Personen weitergegeben werden dürfen. Andernfalls weise ich hiermit auf Ausnahmen hin:

---

**Unterschrift und Datum:**