



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja

wenn ja:

Medikament und Menge/Tag:	Verordnungsgrund/Anmerkung:

Waren Sie wegen einer neurologischen und / oder psychiatrischen Erkrankung stationär oder teilstationär in einem Krankenhaus aufgenommen? nein ja

wenn ja:

Wann war diese Behandlung:	In welcher Einrichtung fand diese statt:

Vorstellungsgrund / Art der Beschwerden:

Angaben zu wichtigen körperlichen und seelischen Vorerkrankungen:
(Geben Sie auch bitte Unfälle wie z.B. Schädelhirntrauma und Operationen an)

Meine Praxis ist eine reine Einbestellpraxis, d.h. es werden von mir feste Termine vergeben, die ich bei einer kurzfristigen Terminabsage oder unentschuldigtem Fehlen auch nicht mehr anderweitig vergeben kann. Auch ist es schwer, in der dann zur Verfügung stehenden Zeit einer anderen Tätigkeit nachzugehen. Termine müssen daher spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder per E-Mail abgesagt werden. Andernfalls berechne ich Ihnen privat ein Ausfallhonorar, was sich an die vorherig stattgefundenene Behandlung bezüglich der Abrechnung anlehnt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit dieser Vereinbarung einverstanden sind.

Des Weiteren bestätigen Sie, dass alle Ihre personenbezogenen Angaben korrekt sind.

Datum:

Unterschrift: