

Dr. med. Yael Adler DERMATOLOGIN

Damaschkestr. 4; 10711 Berlin; Tel: 030 /8800 1854

Anmeldung und Behandlungsvertrag

PATIENT

Name:..... Vorname:..... geb.:.....
Strasse:.....
PLZ:..... Ort:..... Telefon privat:.....
Fax privat:..... E-Mail:.....
Tel. geschäftl.:..... Mobiltelefon:.....
Arbeitgeber:..... Beruf:.....

VERSICHERTER (nur wenn anders als oben)

Name:..... Vorname:..... geb.:.....
Strasse:.....
PLZ:..... Ort:..... Telefon privat:.....
Arbeitgeber:..... Beruf:.....
Bankverbindung für mögliche Erstattungsleistungen: Konto -Nr:
BLZ:..... Name der Bank:.....

Zwischen der/dem oben genannten Patientin/en und Dr. Yael Adler wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Dr. Y. Adler kann mit ausdrücklicher oder konkludenter Zustimmung des/der Patientin/Patienten Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von anderen Ärzten oder Hilfspersonal durchführen lassen. Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Der Patient teilt ausdrücklich mit,

- in der nachfolgend genannten Versicherung privat
krankenversichert zu sein: Name der Versicherung:.....
- nicht krankenversichert zu sein
- daß eventuell zusätzlich die Beihilfe der Stadt/des Landes/Bundes für die Kosten aufkommt.
- Selbstzahler zu sein

Unabhängig vom Eintreten einer Versicherung oder Beihilfe haftet der Patient persönlich für die Kosten der Behandlung. Erziehungsberechtigte treten den Forderungen gegen ihre Kinder bei. Einige Versicherungen/Beihilfen erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag, weil sie andere Rechtsauffassungen oder individuelle Vertragsinhalte haben. Leider wird dabei gelegentlich der Eindruck erweckt, die Ärztliche Abrechnung sei nicht korrekt. Sollten Sie Fragen zu Ihrer Rechnung haben, bitten wir Sie, sich direkt mit uns in Verbindung zu setzen. Kosmetisch-ästhetisch motivierte Behandlungen werden i.d.R. von keiner Erstattungsstelle übernommen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben. Patienten können Termine spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin kostenlos absagen. Das danach entstehende Ausfallhonorar entfällt, wenn das Nichterscheinen unverschuldet ist.

Berlin, den
Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter Unterschrift Arzt

Intern: ausgewiesen durch Versichertenkarte Dokument: No.:

Checkliste zum aktuellen Gesundheitszustand

Alle Angaben unterliegen streng der ärztlichen Schweigepflicht. Die Beantwortung der **roten Fragen** ist **unverzichtbar**, die der **grünen Fragen** **freiwillig**.

Teilen Sie uns bitte Veränderungen Ihrer Gesundheit immer umgehend & ungefragt mit!

Medikamente

Ich nehme folgende Medikamente/Präparate ein (incl. Pille) _____ keine

Rauchen

Nichtraucher 0 - 10 Zigaretten pro Tag über 10 Zigaretten

Alkohol

sehr selten / nie manchmal täglich

Ich leide an folgenden Krankheiten:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (Hepatitis B/C, HIV) | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Lungen- und Atemwegserkrankungen (Asthma) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung (Hochdruck, Herzinfarkt) | <input type="checkbox"/> Nervenleiden (Krampfanfälle, Neuropathie) |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Skelettsystems |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen (z.B. grüner Star) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Gemütsleiden, Depressionen | <input type="checkbox"/> Operationen, welche: _____ -- |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen | _____ |

Nur für Frauen: Ich bin schwanger Ich stille gerade

Menopause

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?:

Haben Sie betroffene Verwandte?

Allergien

Wenn ja welche? _____

Ekzeme

Neurodermitis

Heuschnupfen

Nahrungsmittelunverträglichkeit, welche? _____

Krampfadern

Hatten Sie Hautkrebs, wenn ja welchen? _____

Wann? _____

Unreine Haut, Pickel

Schuppen

Trockene Haut

Nagelprobleme

übermäßige Behaarung

erweiterte Äderchen

Haarausfall

Probleme mit Narben

Bekommen Sie einen Sonnenbrand? immer

manchmal nie

Gehen Sie ins Solarium? ja

Hatten Sie schon mal eine der folgenden Behandlungen? Botulinumtoxin (Botox) Hyaluronsäure, Kollagen, andere Filler Laser-Hautverjüngung

Ich komme auf Überweisung Empfehlung von:.....

Ich möchte regelmäßig an meine Hautkrebsvorsorgetermine erinnert werden. ja nein

ausgefüllt am:.....

von:.....