

Persönliche Daten für Ihren Termin in der Schilddrüsenpraxis am _____ um _____ Uhr.

Bitte füllen Sie Ihre persönlichen Daten direkt in diesem Formular aus!

Mit * gekennzeichnete Felder sind unbedingt erforderliche Angaben.

Nachname*:

Vorname*:

Titel:

Straße*:

PLZ*:

Ort*:

Geschlecht*:

weiblich

männlich

Geburtsdatum*:

Telefonnummer*:

E-Mail-Adresse:

Wir ersuchen Sie, Ihre E-Mailadresse bei uns zu hinterlegen, damit wir zusätzlich zu Ihrer Telefonnummer noch eine weitere Möglichkeit haben, Sie in dringenden Fällen schnell kontaktieren zu können.

Um mit Ihnen per E-Mail kommunizieren zu dürfen, müssen Sie anschließend noch eine Einverständniserklärung zur Kommunikation mittels transportverschlüsselter E-Mail unterschreiben. Sie erhalten diese im Anschluss von unserem Team.

Wir dürfen entsprechend der gesetzlichen Rahmenbedingungen sonst weder Dokumente wie Zahlungsbestätigungen oder Zeitbestätigungen per E-Mail versenden, noch auf E-Mails antworten, in denen Sie in irgendeiner Form auf Ihren Gesundheitszustand Bezug genommen haben.

Seite 2 – **bitte nochmals Vorname/Name angeben:**

Versicherung*:

In Österreich gesetzlich Krankenkasse*:
krankenversichert

10-stellige Sozialversicherungsnummer*:

Dienstgeber:

Falls zutreffend: Mitversichert bei

Name des Versicherten

10-stellige
Sozialversicherungsnummer

Geburtsdatum

Im Ausland versichert mit gültiger EU-Versicherungskarte mit EU-Flagge auf der Rückseite

Nur privat versichert

Überweisender Arzt:

Wenn Ihr überweisender Arzt an ein Befundübermittlungssystem für medizinische Befunde angeschlossen ist, können wir ihm gerne Ihren Befund übermitteln.

Soll der Befund in diesem Fall an Ihren überweisenden Arzt geschickt werden? ja nein

Möchten Sie den Befund per Post oder transportverschlüsselt per E-Mail erhalten?

E-Mail (transportverschlüsselt)

Post

Wenn sie den Befundversand per Post wünschen, ersuchen wir Sie, trotzdem eine E-Mailadresse zu hinterlegen und eine E-Maileinverständniserklärung zu unterschreiben. Sie haben nur dann die Möglichkeit, zu einem späteren Zeitpunkt Dokumente per E-Mail anzufordern, falls Sie diese eventuell einmal schnell benötigen.

ja, ich bin einverstanden

nein, ausschließlich Kommunikation per Post

Gewicht in kg*

Größe in cm*

Für Frauen: Sind Sie schwanger?*

nein

ja, SSW:

Bitte prüfen Sie, ob Ihre angegebenen Daten vollständig und korrekt sind. Bitte nehmen Sie dieses Patientenstammblatt ausgefüllt zu Ihrem Erstbesuch mit oder senden Sie uns dieses vorab zu.