



HAUTPRAXIS BREITENBACHPLATZ 8
Dr. Gertraud Kremer
Allergologie, Dermatologie, Lasermedizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Was ist der Grund Ihres heutigen Besuchs?

Telefonnummer/ Handynummer: _____

Beruf/ ehemaliger Beruf: _____

Bitte beantworten Sie Fragen zu ihrer Krankengeschichte

	Ja	Nein
Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welche: _____

Besteht eine Allergie gegen Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Wenn ja, gegen welche: _____

Besteht oder Bestanden:

Herzerkrankung, Kreislaufbeschwerden, Bluthochdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Atembeschwerden/ Asthma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------------------	-----------------------	-----------------------

Rheuma- / Autoimmunerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------------------------	-----------------------	-----------------------

Schilddrüsenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------------------------	-----------------------	-----------------------

Zuckerkrankheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------------	-----------------------	-----------------------

Lebererkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------------	-----------------------	-----------------------

Epilepsie / Krampfanfälle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
----------------------------	-----------------------	-----------------------

Blutungsneigung (z.B. nach Zahntentfernung, Operation)? Marcumartherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Infektionen, z.B. HIV, Hepatitis, Borreliose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Tumorerkrankung/ Krebserkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------------------	-----------------------	-----------------------

Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------	-----------------------	-----------------------



HAUTPRAXIS BREITENBACHPLATZ 8
Dr. Gertraud Kremer
Allergologie, Dermatologie, Lasermedizin

Stornierung von OP- und Laser-Terminen!

Sehr geehrter Patient!

Für eine Planung des Praxisbetriebes ist die Einhaltung von OP- und Laser-Terminen erforderlich.

Wir bitten Sie daher um die rechtzeitige Stornierung, sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können.

Patienten- Name: _____
Bitte Druckbuchstaben

Ich verpflichte mich bei Vereinbarung eines Termines, diesen im Verhinderungsfall mindestens 24h vorher abzusagen.
(Tel: 030/8234024, Fax: 82718210)

Bei späteren Absagen oder unentschuldigtem Nichterscheinen zum Termin verpflichte ich mich zur Zahlung einer Bereitstellungsgebühr von 25,- Euro auf das angegebene Konto:

Dr. Gertraud Kremer
Hypo Vereinsbank Berlin
Ko.Nr.: 26004 24028
BLZ: 100 20 890

Datum

Unterschrift