

Wir bitten Sie um Ihre Unterstützung und Ihr Einverständnis – damit es rund läuft 😊

Praxisgemeinschaft
AM ENGLISCHEN GARTEN



Nachname: _____ Vorname: _____ geb. _____

Beruf: _____

Wohnort, Straße: _____

Tel. privat: _____ Tel. mobil: _____

Tel. dienstlich: _____ Mail: _____

Name der Krankenversicherung: _____

Private Krankenhaus-Versicherung: ja nein

1-Bett-Zimmer: ja nein

2-Bett-Zimmer: ja nein

Name der (Zusatz-)Versicherung: _____

Name des Hausarztes: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bei wem dürfen wir uns für die Weiterempfehlung bedanken (Freundin, Verwandte, Arzt ...)?

wenn Sie uns über das Internet gefunden haben

über welche Stichworte/Portale _____

sonstiges

Wir würden uns freuen, wenn Sie sich einen Patienten-Account über unsere Webseite erstellen. Darüber können Sie nicht nur über unsere Homepage online zu jeder Tages- und Nachtzeit Ihre **Termine buchen**. Unser Termin- und Kommunikationsprogramm ermöglicht Ihnen und uns auch **datenschutzkonform** zu kommunizieren. Sie können uns hierüber auch gerne Ihre Rezeptanforderungen (Wiederholungsrezepte!), Befundanfragen oder sonstige vertrauliche Informationen zukommen lassen.

Wir erinnern Sie gerne!

Sobald Sie einen Patientenaccount haben, erhalten Sie – wenn gewünscht – eine Erinnerung zum nächsten Vorsorge- oder Impftermin.

Wünschen Sie eine Erinnerung: alle 6 Monate alle 12 Monate kein Recall

Bitte auch die Rückseite ausfüllen!!

Wir bieten Ihnen als Patientenservice eine automatisierte Terminbestätigung und eine Terminerinnerung per SMS am Vortag des Termins.

Sind Sie damit einverstanden? *ja* *nein*

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich alle vorangegangenen Punkte verstanden habe und damit einverstanden bin.

München, _____
Unterschrift Patient

Wir Ärztinnen arbeiten zusammen. Wir tauschen uns aus. Wir alle wollen Sie unterstützen.

Um die teilweise aufwendigen Prozesse zu beschleunigen bzw. zu vereinfachen, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns die Genehmigung zum kollegenübergreifenden Austausch in unserer Praxis. Davon profitieren Sie vor allem in den Urlaubszeiten Ihrer Ärztin oder bei akuten Beschwerden.

München, _____

Bei minderjährigen oder pflegebedürftigen Patienten:

München, _____
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)/Bevollmächtigte(r)

Sie sind mit uns zufrieden? Dann empfehlen Sie uns einfach weiter 😊

Sie haben Anregungen oder einen Kritikpunkt? Dann teilen Sie uns diese mit! 😊

Sie unterstützen uns damit, uns stetig zu verbessern. Und das wollen wir.

Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Mitarbeit und begrüßen Sie in unserer Praxis.