

**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-(Zusatz-)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.

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.**