

Neurochirurgie Hoheluft
Joachim Flack
 Breitenfelderstr. 17

20251 Hamburg
 Telefon: 040 / 46 77 67 02
 Telefax: 040 / 46 77 67 03

Terminanfrage Patientenauskunft



Name, Vorname		Geb.-Datum		
PLZ Ort		Strasse Nr.		
Telefonnummer tagsüber:		Handy:		
Hausarzt:				
Krankenkasse: _____		<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> gesetzlich
Kostenträgernummer: _____				
Versicherungsnummer: _____				
Beruf:		<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> krank geschrieben	<input type="checkbox"/> berentet
In welchem Bereich haben Sie Beschwerden?	LWS <input type="checkbox"/>	HWS <input type="checkbox"/>	BWS <input type="checkbox"/>	Seit wann haben Sie diese Beschwerden:
Welche Therapien sind bisher hierzu erfolgt:		Auf wessen Initiative erfolgt die Terminanfrage:		
_____		Durch mich persönlich <input type="checkbox"/>		
_____		Durch meine/meinen behandelnden Arzt/Ärztin: <input type="checkbox"/>		
_____		_____		
Wurden bereits Röntgenaufnahmen/MRT des Rückens durchgeführt?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		Wenn ja, welche: _____ Wann: _____

Ich habe eine Überweisung:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		Wenn ja, Auftrag: _____
			Mit Dringlichkeitscode <input type="checkbox"/>	_____
			Code: _____	
Rechtlicher Hinweis:				
Wir weisen darauf hin, dass bei Nichteinhaltung eines Termins ohne vorherige Absage (24 std. vor dem Termin) ein Ausfallhonorar in Höhe von 50€ in Rechnung gestellt wird.				
Für Privatpatienten: Leistungen die von meiner PKV nicht oder nur zum Teil erstattet werden, trage ich als Eigenleistung.				

 Ort, Datum

 Unterschrift