

Schmerztherapie an der Hohenluft

üBAG Dr. E. Laborda, L. Burmeister
Dr. A. Kallweit, Dr. I. Müller
Hoheluftchaussee 52
20253 Hamburg

Tel.: 040/ 41350530
Fax: 040/ 41350532
www.schmerztherapie-rothenbaum.de
E: info@schmerztherapie-hoheluft.de

Sehr geehrte/r Frau/ Herr

Sie haben sich in unserer Praxis zur Schmerzbehandlung angemeldet.

Wir benötigen alle Ihnen und Ihren behandelnden Ärzten zugänglichen Vorbefunde (aktuellen vollständigen Medikamentenplan, Arztbriefe, Röntgenbefunde, Kurberichte, Krankenhausberichte, Laboruntersuchungen). Bitte senden Sie diese eingescannt per Mail, Fax, Post (keine Originale) oder über Doctolib- Patientennachrichten.

Bitte achten Sie darauf, dass die Unterlagen vollständig und korrekt ausgefüllt sind!

Da die Schmerztherapie sehr zeitaufwendig ist, werden Termine nur nach Voranmeldung vergeben. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, den Termin einzuhalten, bitten wir um Absage mindestens 3 Tage vorher.

Für nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen die entstandenen Kosten und Honorarausfall (90,00 €) in Rechnung stellen.

Bitte planen Sie für Ihren Ersttermin mindestens ca. 90 min. ein. Bitte bringen Sie Ihre Krankenversichertenkarte mit.

Bitte beachten Sie auf der Rückseite dieses Schreibens Ihre Patientenangaben auszufüllen. Ihre Unterschrift bestätigt Ihr Einverständnis, dass wir Sie zur Terminerinnerung bzw. -bestätigung per SMS und/ oder per E-Mail kontaktieren.

Die Übermittlung von medizinischen Daten via Email an uns unterliegt ihrem eigenen Risiko. Wir werden ohne Ihre Erlaubnis keine medizinischen Daten per Email versenden

Mit freundlichen Grüßen

Leif Burmeister
Dr. med. A. Kallweit
Dr. med. A. Schütt
Dr. med. I. Müller

Schmerztherapie an der Hohenluft

üBAG Dr. E. Laborda, L. Burmeister
Dr. A. Kallweit, Dr. I. Müller
Hoheluftchaussee 52
20253 Hamburg

Tel.: 040/ 41350530
Fax: 040/ 41350532
www.schmerztherapie-rothenbaum.de
E: info@schmerztherapie-hoheluft.de

Patientenangaben

Name:..... Vorname:.....

Geb.Datum:.....

Anschrift:.....

.....

Telefon tagsüber:..... zu Hause:.....

E-Mail:.....

Krankenkasse mit Anschrift:.....

.....

Versichertennummer/Mitgliedsnummer:.....

Beruf:..... tätig als:.....

Arbeitgeber:.....

Hausarzt (Adresse):.....

.....

Mitbehandelnde Ärzte:.....

Empfohlen durch:.....

Ich nehme die umseitigen Informationen zur Kenntnis. Ich stimme zu, dass ich zur Terminerinnerung bzw. -bestätigung per SMS und/ oder per E-Mail von der Praxis kontaktiert werden darf

Auch dem Empfang von allgemeinen Praxisinformationen via Email stimme ich zu.

Ort /Datum:..... Unterschrift Patient/in:.....