

AUFNAHMEFORMULAR



DR. MED.
ANDREA OßBERGER

Fachärztin für Plastische,
Ästhetische und
Rekonstruktive Chirurgie

Herrenstraße 54 . 4020 Linz

E office@dr-ossberger.at

T +43 / (0)650 / 66 11 448

WAHLÄRZTIN

Vor- / Familienname _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____ Versicherung: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Email: _____

1.) Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten von Medikamenten? ja nein

Wenn ja welche: _____

2.) Könnten Sie schwanger sein? ja nein

3.) Haben oder hatten Sie eine chronische oder schwere Erkrankungen

(Diabetes, KHK, Krebserkrankung,...): _____

4.) Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein? ja nein

Wenn ja welche: _____

5.) Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein, haben Sie eine Störung der Blutgerinnung oder bekommen Sie leicht blaue Flecken? ja nein

6.) Hatten Sie irgendwelche Eingriffe/Operationen, insbesondere ästhetische? ja nein

Wenn ja, welche und kam es dabei zu Komplikationen: _____

7.) Hatten Sie Probleme mit Wundheilung oder Narbenbildung? ja nein

8.) Rauchen Sie? ja nein

9.) Gehen Sie häufig in die Sonne/Solarium? ja nein

10.) Wie wurden Sie auf mich aufmerksam? _____

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf Terminerinnerungen und Informationen per SMS bzw. Email übermittelt werden dürfen. ja nein

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation per Email an den Patienten geschickt werden darf. ja nein

Preisauskunftspflicht laut Ärztekammer: Wahlärzte können nicht direkt mit Krankenkassen abrechnen. Die Kosten von Erstgespräch, Folgeordinationen und jegliche Behandlungen werden direkt in Rechnung gestellt und können anschließend bei den Krankenkassen eingereicht werden.