



Angaben zur Anamnese:

Bei mir sind Allergien bekannt gegen:

Ich vertrage folgende Medikamente nicht:

Folgende Vorerkrankungen sind mir bekannt:

Ich nehme regelmässig folgende Medikamente ein:

Folgende Operationen wurden bei mir durchgeführt:

Meine Knochendichte wurde zuletzt untersucht im Jahr:



Behandlungsvertrag



Dr. med. Martin Laaff
ORTHOPÄDIE & SPORTMEDIZIN

Name: _____

Ich wünsche die privatärztliche Behandlung in der Praxis Dr. Laaff.

Ich erhalte per Post oder email eine Privatrechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte).

Diese wird von mir per Überweisung, EC-Cash oder bar nach Rechnungseingang innerhalb von 2 Wochen beglichen.

Mir ist bewusst, dass die Rechnung in vollem Umfang zu bezahlen ist, unabhängig von der Erstattungshöhe meiner Krankenversicherung / Beihilfe.

Mir ist bewusst, dass die Praxis Dr. Laaff als Privatpraxis arbeitet und nicht mit den Gesetzlichen Krankenkassen zusammenarbeitet, eine Erstattung über die gesetzliche Kasse also ausgeschlossen ist.

Wir arbeiten in der Praxis viel mit Injektions- sowie auch Infusionsbehandlungen. Sollte es bei mir zu solch einer Behandlung kommen, dann ist mir bewusst, dass es hierbei Risiken geben kann. Auch wenn diese sehr selten sind. Zu den potentiellen Risiken gehören: Entzündung, Einblutung, Bluterguss, Verletzung von Gefäßen und Nerven, allergische Reaktionen, Kreislaufprobleme.

Unterschrift mit Datum:





Dr. med. Martin Laaff
ORTHOPÄDIE & SPORTMEDIZIN

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bitte füllen Sie Ihre persönlichen Daten aus:

Name, Vorname _____

geb. _____

Name der Versicherung: _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

mobil _____

e-mail: _____

1/3

