- bitte ausfüllen und zurücksenden -

TELEFAX 037 42 2 46 44 2

oder per Post an:
LAMETEC Medizintechnik
Lutherplatz 10
08258 Markneukirchen

Patientenfragebogen

LAMETEC

Dieser Fragebogen dient ausschließlich unserer internen Verwendung. Alle Angaben sind freiwillig. Falls Sie es wünschen, unterstützen wir Sie gerne bei der Suche nach einem geeigneten Arzt/Therapeuten. Zu diesem Zweck ist es sehr hilfreich, wenn Sie uns möglichst genaue Angaben zu Ihrem Krankheitsbild machen können.

*Dieser Service von Lametec ist **kostenlos**! Es entstehen für Sie keinerlei Verpflichtungen oder Kosten. Alle Daten werden natürlich streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Aus rechtlichen Gründen machen wir Sie darauf aufmerksam, dass Sie bitte die unten aufgeführte Datenschutzerklärung unterzeichnen, da wir ansonsten Ihre Daten nicht speichern und verarbeiten können. Nutzen Sie gerne Die Rückseite für weitere Informationen!*

▼ *Ihre persönlichen Daten*

Herr ☐ *Frau* ☐

Familienstand ☐ verheirated ☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwittwet

Name _____

Geburtsjahr _____

Vorname _____

Berufstätigkeit ☐ berufstätig ☐ arbeitslos ☐ Rentner ☐ Invalidenrenter

▼ *Anschrift und Kontakt*

Strasse _____

Telefon _____

Ort _____

Telefax _____

Postleitzahl |_|_|_|_|_|

Email _____

Bundesland _____

Handy _____

▼ *Krankheit / Beschwerde*

Bitte schildern Sie uns in kurzen Worten Ihre Krankheit / Beschwerde

_____

_____

_____

*Bei **Adiposidas** (Übergewicht bzw. gewünschte Gewichtsreduktion) bitte zusätzlich angeben: Körpergröße* |_|_|_| *cm Gewicht* |_|_|_| *kg*

▼ *weitere Informationen zur Krankengeschichte*

nutzen Sie dieses Feld, um uns zusätzliche Informationen über Ihr Krankheitsbild zu geben. So zum Beispiel über bestehende Medikationen, durchgeführte Therapien oder Therapieversuche, den Zeitpunkt des Krankheitsbeginns etc. Diese Informationen können bei der Suche nach einem für Sie geeigneten Therapeuten oft sehr nützlich sein!

_____

_____

_____

_____

_____

▼ *Allgemeines*

Wünschen Sie eine Beratung zur Ohr-Implantat-Akupunktur? ☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie eine Hilfestellung bei der Suche nach geeigneten Therapeuten? ☐ ja ☐ nein

Wann sind Sie am besten telefonisch zu erreichen? _____

▼ *Erklärung zum Datenschutz*

☐ Hiermit erkläre ich, dass die von mir in diesem Fragebogen angegebenen Daten zur internen Verwendung bei Lametec und dem Netzwerk für internationale Implantatakupunktur gespeichert und verwendet werden dürfen. Meine persönlichen Daten werden unter keinen Umständen und zu keinerlei Zwecken an Dritte weitergegeben, es sei denn, meine ausdrückliche Genehmigung hierzu liegt vor (beispielsweise an einen von mir später benannten Arzt / Therapeuten).

Datum _____ *Unterschrift* _____

INTERN bitte nicht ausfüllen wForm_Web_Download

Erfassung _____ Datum |_|_|_|_|_|_| Bearbeiter _____

GateSight - INA0105PEB01