

## Anmeldungsbogen

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße mit Hausnummer, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse (**wenn privatversichert:**) \_\_\_\_\_

Name, Adresse und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers (**wenn privatversichert:**)

Mit der Übermittlung von Befunden an (nicht zutreffendes bitte streichen) *den Hausarzt – den überweisenden Arzt – zukünftig behandelnde Ärzte – Krankenhäuser – Medizinischen Dienst der Krankenkassen* bin ich einverstanden. Dieses Einverständnis gilt bis zum Widerruf.

### Vorstellungsgrund:

- Neurologisch

(Bitte schildern Sie **stichwortartig** Ihre Beschwerden:) \_\_\_\_\_

- Psychiatrisch (**keine** Beschwerdeschilderung notwendig)
- Ästhetische Medizin

### Aktuelle Medikation:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Allergien:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dr. med. (Russ. Föd.) Alexandra Feldman**  
Fachärztin für Neurologie

---

Datum, Unterschrift des Patienten/der Patientin