

Urologie Klinik am Ring UKAR GmbH

Hohenstaufenring 28, 5067 Köln

Aufnahmebogen

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Strasse: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Nationalität: _____ Email: _____ Beruf: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.: _____ Fax: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg männlich weiblich Schwanger: ja nein

Krankenkasse ambulant: _____ Beihilfeberechtigt?: ja nein

Krankenkasse stationär: _____ Versicherter (falls nicht Patient): _____

Hausarzt: _____ Anschrift: _____

Überweisender Arzt: _____ Anschrift: _____

Haben Sie Allergien? ja nein Falls ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente? ja nein Falls ja, welche? _____

Wurden Sie operiert? ja nein Falls ja, wann/woran? _____

Röntgenuntersuchungen (letzte 5 Jahre): _____

Kontrastmittelallergie: ja nein Nierenerkrankung: ja nein

Herzerkrankung: ja nein Lungenerkrankung: ja nein

Lebererkrankung: ja nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Sonstige Bemerkungen: _____

Wie sind Sie erstmals auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (bei Mehrfachnennungen bitte Reihenfolge angeben)

Empfehlung durch Arzt; Empfehlung durch Bekannte/Freunde; Youtube; Jameda;

Google; Zeitung; Newsletter; Sonstige: _____

Möchten Sie über Aktivitäten und Neuerungen der Klinik informiert werden? ja nein

Möchten Sie an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

1. Ich wünsche die Behandlung durch die Ärzte der Urologie Klinik am Ring UKAR GmbH Dr. Neubauer, Dr. Derakhshani, Dr. Knippschild, PD Dr. Gerullis oder Kai Schuster als Privatpatient (Selbstzahler). Damit verpflichte ich mich, die in Rechnung gestellten Beträge (nach der Gebührenordnung für Ärzte GOÄ) in voller Höhe zu begleichen, unabhängig von der Höhe der Bezuschussungen des Kostenträgers.

2. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit o.g. Behandlungsvertrag einverstanden.

Köln, den: _____ Unterschrift: _____