

Vertrauliche Patienten-Information

Radionische Kontrollanalyse

Hinweis zur digitalen Bearbeitung

Bitte laden Sie diese PDF zuerst herunter und speichern Sie sie lokal auf Ihrem Rechner. Füllen Sie sie dort aus, drucken Sie sie anschließend aus und senden Sie sie zusammen mit den vorgesehenen Unterlagen per Post. Bitte nicht unverschlüsselt per E-Mail versenden.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Wer hat Sie empfohlen? (Name / Praxis / Partner)

Praxis (Stempel oder Name)

Labor-Nr.

Sind Sie privatversichert und/oder zusatzversichert oder beihilfefähig?

(nur wichtig, wenn Sie eine spezifizierte Rechnung für Ihre Versicherung brauchen)

ja

nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine radionische Kontrollanalyse zum Preis von 93,75 Euro durchgeführt wird.

Ort, Datum

Unterschrift (nach Ausdruck handschriftlich)

Verlauf seit dem Erstbefund

Welche Beschwerden haben sich verbessert?

Bitte machen Sie Ihre Angaben so konkret wie möglich.

Welche Beschwerden haben sich nicht verbessert?

Sind neue Beschwerden aufgetreten?

Veränderungen im Detail

Bitte nennen Sie die Beschwerden und geben Sie - soweit möglich - an, zu wie viel Prozent sie sich verbessert oder verschlechtert haben.

Beschwerden	Verbesserung in %	Verschlechterung in %

Ihre Gründe für die Veränderungen