



DR. SAILER®

ARZTPRAXIS FÜR
CHRONISCHE GESUNDHEIT

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an meiner naturheilkundlichen und integrativmedizinischen Sprechstunde. Damit wir Sie bestmöglich beraten und betreuen können, bitte ich Sie, diesen Hinweis- und Anamnesebogen vollständig auszufüllen und vorab unterschrieben per E-Mail an praxisgemeinschaft@sailer-link.de zurückzusenden.

Eine Buchung eines Termins (telefonisch oder online über unsere Terminbuchungssoftware Doctolib) ist erst nach Bearbeitung dieses Bogens durch mich möglich. Sobald der ausgefüllte Bogen vorliegt, nehmen meine Mitarbeiterinnen per Email Kontakt mit Ihnen auf und senden Ihnen einen persönlichen Buchungscode. Mit diesem Code können Sie über den Button „**Terminvereinbarung**“ meiner Homepage (www.dr-sailer.de) Ihren Termin buchen. Wählen sie als Terminart bitte „Naturheilverfahren/Ganzheitliche Medizin – Erstbehandlung“ aus.

Hinweis zur Terminverbindlichkeit:

Bitte beachten Sie, dass für vereinbarte Termine eine Terminausfallentschädigung in Höhe von 60 € berechnet wird, falls ein gebuchter Termin nicht eingehalten oder nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wird. Mit Ihrer Unterschrift und dem Absenden dieses Bogens erklären Sie sich mit dieser Regelung einverstanden.

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Mobilfunknummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hausarzt/Hausärztin
weitere betreuende Ärzte/Ärztinnen: _____

Für welche Therapieformen interessieren sie sich:

Gesundheitsanamnese:

Welche Beschwerden oder Anliegen führen Sie in unsere naturheilkundliche Sprechstunde?

Bestehende Erkrankungen / Diagnosen:

Aktuelle Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder Infusionstherapien:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Frühere naturheilkundliche oder integrativmedizinische Therapien:

Sonstige wichtige Hinweise für unsere Behandlung:

Erklärung der/s Patientin/en

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben vollständig und nach bestem Wissen gemacht wurden.

Ich habe den Hinweis zur Terminausfallentschädigung von 60 € zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit dieser Regelung einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte per E-Mail zurück an uns:
praxisgemeinschaft@sailer-link.de