

Dr. med. Ulrich Kausch  
Neurologie, Naturheilverfahren  
Akupunktur

Dr. med. Esther Lippert  
Psychiatrie, Psychotherapie



Kausch & Lippert  
Neurologie · Psychiatrie

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu können. Bitte geben Sie uns folgende Daten zur Patientenverwaltung an:

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

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

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.privat: \_\_\_\_\_ Tel.mobil: \_\_\_\_\_

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

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Teilen Sie uns bitte auch mit, wen wir über Ihre Behandlung informieren sollen!

- Ich wünsche, dass folgender Arzt informiert wird: \_\_\_\_\_
- Ich wünsche, dass **kein** Arzt informiert wird.

Bitte beantworten Sie uns noch folgende Fragen:

- Welche Beschwerden führen Sie zu uns (Stichworte)?  
\_\_\_\_\_

- Bestehen Allergien? \_\_\_\_\_

- Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosis?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte Rückseite beachten!



Sollten Sie einen mit uns vereinbarten Termin einmal nicht einhalten können, ist es unbedingt notwendig, dass Sie diesen absagen, damit wir den Termin anderweitig vergeben können. **Sie können den Termin absagen:**

- **telefonisch unter 09422-80200 (auch per Ansage auf den Anrufbeantworter)**
- **per Fax unter 09422-80201**
- **per E-Mail unter [praxis@kausch-lippert.de](mailto:praxis@kausch-lippert.de)**
- **per Kontaktformular auf unserer Homepage [www.kausch-lippert.de](http://www.kausch-lippert.de)**

**Da uns für nicht abgesagte Neuvorstellungstermine dennoch unter anderem Personalkosten entstehen, die von den Krankenkassen nicht übernommen werden, müssen wir Ihnen die angefallene Arbeitszeit in Rechnung stellen.**

**Für jeden nicht abgesagten Ersttermin entspricht dies zurzeit einem Kostenerstattungsanspruch von 40 Euro!**

Dieser Betrag wird durch Ihre Krankenkasse nicht erstattet.

**Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir dann bis zum Zahlungseingang keine neuen Termine an Sie vergeben können.**

**Damit Sie Ihren Termin wie geplant wahrnehmen können, bitten wir Sie, das Formular spätestens 2 Werktage vor Ihrem Termin bei uns einzureichen.**

**Andernfalls müssen wir den Termin leider stornieren.**

Einverständnis zur Behandlung in der Gemeinschaftspraxis

Dr. Kausch und Dr. Lippert:

Ich habe die obigen Punkte gelesen und bin mit allen einverstanden.

Bogen, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_