



**Cornelia-Alexandra Krebs**  
**Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin**

**Viktoriastr.11 – 25524 Itzehoe**  
**Tel: 04821 / 40 82 46 4 – Fax: 04821 / 40 82 46 5**  
**E-Mail: [praxis@reha-aerztin.de](mailto:praxis@reha-aerztin.de) – Homepage: [www.reha-aerztin.de](http://www.reha-aerztin.de)**

**Aufnahmebogen:**

**Pflichtfelder für den Behandlungsvertrag**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Tel:** \_\_\_\_\_

**Hauptversicherer:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse (falls abweichend):** \_\_\_\_\_

**Name der Krankenkasse/-versicherung:** \_\_\_\_\_

**Für Privatversicherte(bitte ankreuzen):** Standardtarif ( ) oder Basistarif ( ) (bitte Nachweis vorlegen)

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

**Dauermedikamente:** \_\_\_\_\_

**Operationen:** \_\_\_\_\_

**Allergien:** \_\_\_\_\_

**Angaben zur problemlosen Terminvereinbarung mit Doctolib**

**Mobil:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Freiwillige Angaben**

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Firma Tel:** \_\_\_\_\_

**Was führt Sie in unsere Praxis?**

**Welche Einschränkungen haben Sie durch Ihre Beschwerden im Alltag?**

**Welches Ziel für Ihre Gesundheit möchten Sie mit unserer Hilfe erreichen?**

**Haben Sie eine Behandlungsvorstellung (z. B. Eigenübungen, Akupunktur, stationäre Reha, ...)?**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihr Praxisteam Krebs**

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Sie haben das Recht nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Die Patienteninformation finden Sie im Aushang im Wartezimmer und zur Mitnahme am Empfang