

Liebe Patientinnen und Patienten bzw. Eltern!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und ehrlich. Die Grundlage für ein befreiendes Attest ist eine **nachvollziehbare** Erkrankung oder Anfälligkeit zu Symptomen. Diese sind unabhängig von z.B. einer Atemmaske, werden jedoch ggf. durch diese verschlimmert.

Name	Vorname	geboren	Krankenkasse
------	---------	---------	--------------

Ihre Anschrift:
E-Mail
Tel.
Tel. mobil / Arbeit
Beruf

1. Welche **chronische Grunderkrankung** oder wiederkehrenden Beschwerden haben Sie **OHNE MASKE**? (Z.B. Lunge, Herz, Ekzem, Allergie, Ängste, Depressionen usw.)
2. Haben Sie eine **schwere Allergie** (Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Insekten, Spritzen)?
3. Hatten Sie **ernstere Unfälle**? Beschwerden seitdem?
4. Hatten Sie bedeutsame **Operationen**? (Nase, Lunge, Herz usw.)
5. Hatten Sie **Krankenhaus-, Kur- oder Klinikaufenthalte**? Warum?
6. Haben Sie **seelische Beschwerden**? (Z.B. Ängste, Depressionen, Schlafstörungen, Erschöpfung, Trauma)
7. Nehmen Sie regelmäßige **Medikamente** ein? Welche? (Pille, Hormone, Schmerzmittel, Beruhigungs-, Schlafmittel)
8. **Welche Probleme bekomme Sie DURCH das Tragen der Maske?**

Hinweis: Gespräch, Untersuchung + Attest sind **Privatleistung**. Kosten für gesetzlich Versicherte 25,- bis 100,- Euro (Maskenbefreiung; mit Chipkarte für die EDV), für Privatversicherte bis 150,- Euro. Ohne Karte zzgl. 10 Eur. Die aktuellen Konditionen finden Sie auf der Website unter [ATTESTE](https://www.ganzheitsarzt.de/organisation/atteste-1) (<https://www.ganzheitsarzt.de/organisation/atteste-1>)

Einverständnis Daten-Nutzung

A: Wir dürfen Sie per **Mail + Tel.** kontaktieren + Ihnen auch **Befunde** unverschlüsselt per Fax + Mail übermitteln.

B: Ich bin einverstanden, ca. 1-2 Mal pro Quartal **Informationen** zur Organisation, zu Urlaubszeiten, zum Therapieangebot und Tipps zum Thema Gesundheit per Mail zu erhalten. Eine Abmeldung ist jederzeit möglich.

→ **NUR, wenn A oder B unerwünscht ist, bitte den jeweiligen Text streichen!**



Danke für Ihre Mitwirkung! - Ihr Praxisteam

Hamburg, den

Unterschrift