

Name:		Vorname:	
Geb. Datum:		Krankenkasse:	
aktuelles Gewicht:		Größe:	BMI:
Telefon:		E-Mail:	
Adresse:			
Hausarzt:			
OP-Wunsch:			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unentschlossen	

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Anzeige	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>
Flyer	<input type="checkbox"/>
Freunde / Bekannte	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>
Klinik	<input type="checkbox"/>
Kooperations-Partner (z.B. Physiotherapie, Sportstudio)	<input type="checkbox"/>
Krankenkasse	<input type="checkbox"/>
Presse	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>
sonstiges	<input type="checkbox"/>

#### **Einwilligung**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden mit der Erfassung meiner o.g. Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme.

#### **Datenschutzerklärung**

Die Hinweise zum Datenschutz ([www.helios-gesundheit.de/Datenschutz](http://www.helios-gesundheit.de/Datenschutz)) habe ich gelesen und akzeptiere diese.

Datum:

Unterschrift: