Geschlecht  
pk  
Beschreibung

Plz  
pk  
Ort

Schwerpunkt  
pk  
Beschreibung

Kontakt  
pk  
ueberschrift  
anliegen

Termine  
pk  
fk(patient)  
fk(arzt)  
datum  
uhrzeit

Patient  
pk  
Vorname  
Nachname  
fk (plz)  
Straße   
E-Mail  
Telefonnummer  
Beschwerde

Arzt  
pk  
Anrede  
Vorname  
Nachname  
fk (plz)  
Straße  
Geschlecht  
fk(schwerpunk)  
Telefonnummer  
E-Mail  
Öffnungszeiten  
Bild