

Fragebogen Neu-Patienten



PRAXIS LOGO
facharzt bezeichnung

Wir begrüßen Sie herzlich als neue Patientin bzw. neuen Patienten in unserer Praxis.

Zu Ihrem ersten Besuch bei uns in der Praxis bringen Sie bitte mit:

- Ihre Krankenkassenkarte
- Privatversicherte einen Personalausweis
- und diesen Fragebogen mit

Um Sie besser versorgen zu können, bitten wir Sie um folgende Informationen:

Dr. med. Demo / Praxisbezeichnung
Gelenkgasse 7A · 12345 Hüftsted
Telefon: +49 (0) 123-4567
Email: ihre@email-adresse.de

Angaben zu Ihrer Person / Kontakt

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:

PLZ/ Wohnort:
Festnetznummer:
Handynummer:
E-Mail:

Angaben zu Ihrer med. Vorgeschichte

Wichtige Vorerkrankungen:
.....
.....
Allergien:
.....
.....
Medikamente:
.....
.....

Angaben zum Status / Krankenkasse

Gewicht / kg:
Größe / cm:
Raucher / Ja oder Nein:
Blutgruppe (falls bekannt):
Beruf:
Krankenkasse:
Sonstige Angaben:
.....
.....

Datenschutz-Zustimmung / Unterschrift

Unsere Praxis bietet Ihnen einen Recall-Service zur Erinnerung an fällige Impftermine, Check-ups, sowie andere ausgewählte Angebote an. Zu diesem Zweck erfolgt eine Terminvereinbarung mit Ihnen entweder telefonisch, per Email oder auf dem Postweg. Für die hausärztliche Betreuung sind häufig ergänzende Vorbefunde oder Krankenunterlagen von anderen Ärzten notwendig. In Einzelfällen ist eine schriftliche Einwilligungserklärung aus Datenschutzgründen für die Anforderung notwendig, die wir bitten, hiermit zu bestätigen. Der Speicherung von Kontaktdaten sowie der Anforderung und Übermittlung von Untersuchungsergebnissen / Befundunterlagen, durch und an die Praxis Dr. med. Demo, stimme ich zu.

Ort / Datum:
.....

Unterschrift:
.....

Dr. med. Demo
weitere Bezeichnung
oder Praxisbezeichnung

Adresse
Gelenkgasse 7A
12345 Hüftstedt

Kontakt
Tel.: +49 (0) 123-4567
Email: ihre@emailadresse.de

Bankverbindung
IBAN: DE 00 0000 0000 0000 0000 00
BIC: SCHOKOLADE00XXX