

Patienten-Anmeldeformular



Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis das ausgefüllte Anmeldeformular und Ihren Impfausweis mit!

Allgemeine Daten

Name, Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Beruf/ausgeübte Tätigkeit	
Telefonkontakt	
Email	

Haben oder hatten Sie...?

Herzerkrankungen	
Nierenerkrankungen	
Kreislaufkrankungen (Bluthochdruck...)	
Stoffwechselerkrankungen (Diabetes...)	
Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV...)	
Epilepsie	
Allergien (wenn ja, welche/wogegen?)	
Sonstige Erkrankungen	
Haben Sie jemals Medikamente schlecht/nicht vertragen? Welche?	

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte wenden!

Unseren Patienten bieten wir einen Erinnerungsservice an. Hierzu informieren wir Sie vorzugsweise per Email, in Ausnahmefällen auch telefonisch, über anstehende/notwendige Präventionsleistungen (Impfungen) oder mögliche Vorsorgeleistungen Ihrer Krankenkasse. Hierzu benötigen wir jedoch Ihre ausdrückliche Erlaubnis Sie entsprechend kontaktieren zu dürfen.

<p>Ich bin mit einer Kontaktaufnahme durch die Hausarztpraxis Dr. Zerbaum zu den o.g. Zwecken <u>einverstanden</u>.</p> <p>Datum:</p> <p>Unterschrift:</p>	<p>Ich bin mit einer Kontaktaufnahme <u>NICHT einverstanden</u>.</p> <p>Datum:</p> <p>Unterschrift:</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
