

Aufnahmebogen für Neupatient/-innen

Praxis Oberstadt
Hauptstr. 23
78333 Stockach

Name: Vorname: geb.:

Straße: PLZ/Ort:

Tel.Nr.:

Bei Privatversicherten:

Name der Versicherung..... Standardtarif Basistarif

1. Bestehen (akute/chronische) Erkrankungen? Wenn ja, welche?

.....

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

.....

3. Bestehen Besonderheiten/Allergien?

.....

4. Sind sie Träger/-in eines Herzschrittmachers?

Ja () Nein ()

5. Haben Sie Gelenkprothesen?

Knie () Hüfte () Schulter ()

Ich bin mit Übermittlungen behandlungsrelevanter Daten und Befunde im Rahmen des Datenschutzes an mitbehandelnde Ärzt/-innen einverstanden

Alle genannten Angaben unterliegen der Schweigepflicht der Ärztin/des Arztes und den Mitarbeiter/-innen.

Datum:.....Unterschrift:.....