

Dr. med. Wido Seitz

Facharzt für Allgemeinmedizin

Kaiserstraße 173

61169 Friedberg

☎ : (06031) 72 88 0

📠 : (06031) 72 88 72

@ : med@praxis-seitz.de



## Aufnahmebogen Neupatient\*in

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich  männlich  divers  Geburtsname: \_\_\_\_\_

Adresse (falls keine Versicherungskarte eingelesen werden kann):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Im Notfall zu verständigen (Name u. Tel.): \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Raucher\*in: Ja  Nein

Regelmäßige sportliche Betätigung: \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankung(en) / Operationen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt/Gab es schwere Erkrankungen in Ihrer Familie/Eltern: \_\_\_\_\_

Dauermedikamente (Welche?): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ihre aktuellen Beschwerden: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Impfausweis? Ja  Nein

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung       Internet       Soziale Medien

Vielen Dank für Ihre Angaben, Praxis Dr. Seitz

Unsere Datenschutzinformation finden sie als Aushang im Wartezimmer oder auf unserer Homepage. Gerne erhalten Sie an der Anmeldung auch ein persönliches Exemplar.

Ich akzeptiere die Informationen zum Datenschutz.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in