

Aufnahmebogen Neupatient*in

Praxis Dr. Seitz
Wir machen Allgemeinmedizin.
Seit 1957.



Name: _____

Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers Geburtsdatum: _____

Adresse (falls keine Versicherungskarte eingelesen werden kann):

E-Mail: _____ Beruf: _____

Handy-Nr.: _____ Festnetz-Nr.: _____

Im Notfall zu verständigen (Name u. Tel.): _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Raucher*in: Ja Nein

Sportliche Betätigung (Welche?, Wie oft?): _____

Allergien: _____

Chronische Erkrankung(en) / Operationen: _____

Dauermedikamente (Welche?, Dosierung?): _____

Schwere Erkrankungen in Ihrer Familie: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Besitzen Sie eine / einen:

- Impfausweis? Ja Nein
- Patientenverfügung? Ja Nein
- Vorsorgevollmacht? Ja Nein
- Betreuer? Ja Nein
- Organspendeausweis? Ja Nein
- Pflegegrad? Ja Nein wenn ja, welchen? _____
- Grad der Behinderung? Ja Nein wenn ja, welchen? _____

Vielen Dank für Ihre Angaben, Ihr Team der Praxis Dr. Seitz.

Unsere Datenschutzhinweise 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.

Ort / Datum

Unterschrift Patient*in