



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie „HERZLICH WILLKOMMEN“ in der Praxis Dr. Lange und bedanken uns für Ihr Vertrauen. Bitte füllen Sie die nachfolgenden Angaben vollständig aus. Teilen Sie bitte unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit. Vielen Dank für Ihre Hilfe!

## Patient/in

Herr/Frau/Kind

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.

## Anschrift

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße / Hausnr.	PLZ / Ort	

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Telefon mobil

<input type="text"/>
Email

## Mitglied/Zahlungspflichtige/r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.

## Name der Krankenkasse oder Versicherung

<input type="text"/>
----------------------

<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	Sonstiges: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	

## Beruf des Mitgliedes

<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Arbeitgeber

## Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte Ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> HIV-Infektion
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> TBC

Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch	ggf. Werte? <input type="text"/>
-----------	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

## Sonstige Angaben / andere Krankheiten

<input type="text"/>
----------------------

## Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien

<input type="text"/>
----------------------

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ggf. welche? <input type="text"/>
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

Rauchen Sie?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Besteht eine Schwangerschaft?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ungewiss	ggf. wievielte Woche? <input type="text"/>
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--

## Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

<input type="text"/>
----------------------

Wir bitten Sie, die Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte bis spätestens 48 Stunden vorher mit. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen den versäumten Termin in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner Daten ausdrücklich zu.

<input type="text"/>
----------------------

Datum

<input type="text"/>
----------------------

Unterschrift