

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Haus-Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____

Angaben des Patienten zu seiner Person

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihrer Versichertenkarte entnehmen wir etliche persönlichen Informationen über Sie, die zur Behandlung und Abrechnung erforderlich sind. Wir benötigen darüber hinaus noch weitere Informationen über Sie, um Sie optimal und fehlerminimiert behandeln zu können. Daher bitten wir Sie um nachstehende Angaben, soweit zutreffend.

Freundliche Grüße

Ihre Praxismgemeinschaft
barth domke – ärzte und psychologen®

- Ich habe Vorerkrankungen innerer Organe, nämlich

- Ich habe Bluthochdruck Ich bin HIV-positiv
- Ich habe Allergien, nämlich

- Ich nehme dauernd Medikamente ein (auch nicht verschreibungspflichtige, selbst gekaufte Präparate, z. B. Vitamin- oder Mineralstofftabletten o. ä.), nämlich

- Ich habe andere chronische oder akute Erkrankungen, nämlich

Ort

Datum

Unterschrift