



## Patientenfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Hauptversicherter: \_\_\_\_\_

Früherer Hausarzt: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bekannte Erkrankungen, Allergien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

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

Vollzeit

Teilzeit

Ich bin damit einverstanden, dass ich an Impfungen, Gesundheitsuntersuchungen und DMP`s schriftlich erinnert werde:

auch per email: \_\_\_\_\_

***Bitte bringen Sie bei ihrem nächsten Besuch ihren Impfpass mit!***

Waibstadt, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)