

Fragebogen für die Erstanmeldung

Patient

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Versicherung _____
Straße _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ Mobil _____
Geschwister _____ Beruf der Eltern _____

Erziehungsberechtigte/r:**Mutter**

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____

Vater

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____

Behandlungswunsch

Hausarzt _____

Hast Du...

Eine Allergie 0 Ja, Welche? _____ 0 Nein
Eine Herzerkrankung 0 Ja, welche? _____ 0 Nein
Stoffwechselerkrankung? 0 Ja, welche? _____ 0 Nein
Sonstige Erkrankungen? 0 Ja, welche? _____ 0 Nein

Nimmst Du regelmäßig Medikamente?

0 ja, welche: _____ 0 nein

Was trinkst Du gerne zum Durst löschen?

Was isst Du gerne?

Wie hast Du von uns erfahren?

Zeitung 0 Internet 0
Bekannte 0 _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____