

Fragebogen für unsere Erstpatienten

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und geben Sie ihn beim Empfang in der Ordination ab. Sie helfen uns damit, Ihre Wartezeit kurz zu halten!

Patient:

Sind Sie schon Patient.in bei uns?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Krankenkasse	BVA <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> KFA <input type="checkbox"/> ¹	GKK ² <input type="checkbox"/>
Familienname		
Vorname		
Titel	Versicherungsnummer	

Versicherter:

Familienname		
Vorname		
Titel	Versicherungsnummer	

¹Bei BVA, SVA und KFA geben Sie uns bitte zusätzlich Ihre e-card.

² Gebietskrankenkasse: (WGKK, NGKK,...) Die Erstordination kosten € 100,- in bar , alle weiteren Rechnungen bezahlen sie ebenfalls direkt. Alle Rechnungen können Sie bei Ihrer Gebietskrankenkasse einreichen und erhalten bis zu 80 Prozent des Rechnungsbetrags zurück.

Ihre Anschrift

Straße	
Postleitzahl/Ort	

Ihr Dienstgeber

Name	
Postleitzahl/Ort	

Hausarzt

Name	
Postleitzahl/Ort	

Ihre Telefonnummer(n)

--

Um Ihnen optimale ärztliche Hilfe zu leisten geben Sie uns bitte folgende Auskünfte über sich:

Haben Sie Allergien?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	wenn ja, welche?
Haben Sie Bluthochdruck?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Sind Sie Diabetiker.in?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Sind Sie Asthmatiker.in?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie Bronchitis?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie Metall im Körper? (Hüfte, Knie)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Ihre Größe	
Ihr Gewicht	

Vielen Dank!