

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!

Familienname			
Vorname			
Krankenkasse	BVA <input type="checkbox"/>	SVA <input type="checkbox"/>	KFA <input type="checkbox"/> ¹
	GKK ² <input type="checkbox"/>		

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

²Sind Sie bei einer der Gebietskrankenkassen (WGKK, NGKK,...) versichert, so bezahlen Sie die Erstordination (€100,-) und alle weiteren Rechnungen direkt in bar. Alle Rechnungen können Sie bei Ihrer Gebietskrankenkasse einreichen und erhalten bis zu 80 Prozent des Rechnungsbetrags zurück.

Versicherungsnummer	
nur GKK Versicherte: Arbeitgeber - Name, Adresse	
Geburtsdatum	
Telefon	
Straße	
Postleitzahl	
Wer ist ihr Hausarzt?	

Um Ihnen optimale ärztliche Hilfe zu leisten und um Medikamente genau dosieren zu können, 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"/>
Ihr Gewicht		
Ihre Größe		

VIELEN DANK!