

Patientenaufnahmebogen

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Anschrift _____
Telefon/Mobil _____
E-Mail _____
Beruf _____
Krankenkasse _____

Kuper Landarztpraxis

Torsten Kuper
Silvia Ciotor (Angestellte Fachärztin)
Marie Blank (Weiterbildungsassistentin)

Grellenbrook 1a, 28870 Ottersberg

Telefon 04205 316711
Telefax 04205 316715

info@kuperlandarztpraxis.de
www.kuperlandarztpraxis.de

Haben Sie Allergien?

Ja

Nein

Wenn Ja, welche _____

Haben Sie chronische Erkrankungen oder große Operationen gehabt?

Ja

Nein

Wenn Ja, welche _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Bringen Sie bitte ggf. Ihren Medikamentenplan mit.

Ja

Nein

Wenn Ja, welche (ggf. Medikamentenplan): _____

Damir wir Ihren Status Ihrer Impfungen mit Ihnen besprechen können, bringen Sie bitte Ihren Impfpass mit.

Wenn Sie sich für uns als Ihre neuen Ansprechpartner für Ihre medizinische Versorgung entscheiden, füllen Sie bitte noch die Entbindung der Schweigepflicht gegenüber Ihrem bisherigen Hausarzt aus.

Hiermit entbinde ich meinen bisherigen Hausarzt: _____

Anschrift: _____

gegenüber der Kuper Landarztpraxis von der Schweigepflicht.

Datum und Unterschrift