

Informations- und Datenblatt für Patienten

Im Interesse Ihrer möglichst kompetenten Betreuung stellen wir nachfolgend einige freiwillig zu beantwortenden Fragen. Ihre Angaben werden bei uns in der Praxis im PC hinterlegt und dieses Blatt vernichtet. **Danke** für Ihre Mithilfe!

Name: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____ in: _____

Wohnadresse: _____
Straße PLZ Ort

Telefon Mobil: _____ Festnetz: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name der Krankenversicherung: _____

Chronische Erkrankungen? _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? _____
(Name/ Dosierung)

Allergien/Medikamenten Allergie ? _____

Haben Sie einen Pflegegrad? Nein () Ja, ich habe den Pflegegrad 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Besitzen Sie einen **Impfausweis**? Ja () Nein () **Bitte in der Praxis einmalig vorlegen**

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Ihr Notfallkontakt (muss ausgefüllt werden):

(Name/ Telefonnummer)

Mit der Speicherung der angegebenen Daten und mit der Befundübermittlung an meine behandelnde Praxis bin ich einverstanden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____