

Anfragebogen Neuaufnahme

Name	Vorname	Geburtsdatum
Wohnort	Straße	Hausnummer
Handynummer	Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Krankenversicherung gesetzlich versichert bei:

Privat versichert

Aus welchem Grund wird die Aufnahme in unsere Praxis gewünscht?

Wer ist aktuell Ihr Hausarzt? (Bitte Name, Adresse und Telefonnummer angeben)

Bei welchen Ärzten sind Sie in den letzten 5 Jahren in Behandlung gewesen?

(Bitte Name, Adresse und Telefonnummer angeben)

Bestehen chronische Erkrankungen? (wenn ja, welche?)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (wenn ja, bitte Medikamentenplan beifügen)

Bitte lassen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen sowie Ihre Versichertenkarte (zur Prüfung einer möglichen Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung) zukommen.

Wir werden zeitnah über eine mögliche Neuaufnahme in unserer Praxis entscheiden und Sie darüber informieren.

Danke für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis,

Praxisteam Nesselwang

G:\500_Praxis\00 Organisation