

AUFNAHMEANFRAGE

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse Hausnr. , ggf. Stockwerk

PLZ Wohnort

Telefon zu Hause

Telefon mobil

Telefon geschäftlich

Email

Krankenkasse

Versicherungsnummer

____ Jahre
Alter

____ cm
Größe

____ kg
Gewicht

☐ W ☐ M ☐ D
Geschlecht

☐ Pflegestufe _____ ☐ Grad der Behinderung _____ ggf. Buchstabe _____

☐ Dauer- / Bedarfsmedikation **Bitte Medikamentenplan beilegen!**

☐ regelm. Therapieeinheiten (z. B. Osteopathie, Physio-, Psychotherapie)

☐ regelm. Facharzttermine

☐ akt. Hausarzt _____

GRUND DER ANFRAGE

☐ aktueller Hausarzt geht Ruhestand

☐ Umzug

☐ Fortführung bisheriger Therapien

☐ akutes Problem _____

☐ kein akutes Anliegen, CheckUp und Betreuung gewünscht

☐ Sonstiges _____

WARUM DIESE PRAXIS

☐ Empfehlung durch _____

☐ Internetbewertungen

☐ Behandlungsspektrum der Praxis

☐ Hausbesuche

☐ „Hören-Sagen“

☐ Sonstiges _____

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

☐ Empfehlung

☐ Praxisschild

☐ Internetsuche

☐

☐ Flyer

☐ Sonstiges _____

Augsburg, den _____

Unterschrift _____

