

Anmeldebogen Praxis Dr. Herold

Liebe(r) Patient(in) Sie erleichtern uns die Arbeit sehr, wenn Sie den ausgefüllten Anmeldebogen zur Untersuchung mitbringen oder mit Email zuschicken. Denken Sie auch an die Versicherungskarte, die Praxisgebühr bzw. eine Überweisung.

» Name : _____ » Vorname: _____

» Name, Vorname und Geburtsdatum des Hauptversicherten (nur bei Privatversicherung):

Name der Krankenkasse: _____

» Geburtsdatum: _____

» Wohnort mit PLZ: _____

» Strasse: _____

» Telefon (Büro, Privat oder Mobil): _____

» Beruf: _____ Gewicht: _____ kg Grösse: _____ m

» Medikamente: _____

» Allergien/Heuschnupfen: _____
(wenn ja, welche?)

Bitte zutreffendes ankreuzen!

» Nichtraucher: Exraucher: Seit wie viel Jahren rauchen Sie nicht mehr ? _____ Jahren

» Raucher: Seit wie viel Jahren rauchen Sie? _____ Jahren
Wie viele Zigaretten am Tag? _____ Zigaretten

» Röntgen der Lunge: Wann und wo? _____

» Vorerkrankungen: _____

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Wiesbaden, den _____ Unterschrift _____