



Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Findorff

Patientenfragebogen

Angabe zum Patienten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männl./.....weibl. (bitte ankreuzen)

Adresse: (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

.....

.....

.....

Krankenkasse:

Angaben zur Mutter

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon privat:

Telefon dienstl.:

Handy:

Email:

Angaben zum Vater

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon privat:

Telefon dienstl.:

Handy:

Email:

Welcher Arzt hat wichtige Befunde?

.....

.....

.....

Wichtige Vorerkrankungen der Eltern:

.....

.....

.....

.....

Allergien:

.....

.....

.....

Möchten Sie an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen erinnert werden?

ja..... nein.....

Auch per SMS möglich? ja..... nein.....

Wie möchten Sie vornehmlich behandelt werden?

schulmedizinisch: ja..... nein.....

homöopathisch: ja..... nein.....

schulmedizinisch und homöopathisch:

ja..... nein.....

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und in
der Praxis verwendet.