PRAXIS: _____

Patientenaufnahme

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte füllen Sie diesen Bogen einmalig aus. Ihre Angaben brauchen wir für die Terminplanung, die Abrechnung und um Sie erreichen zu können.

Stammdaten

Diese Angaben werden zur eindeutigen Zuordnung benötigt.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

TT.MM.JJJJ

Persönliche Angaben

Geschlecht

- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ divers
- ☐ keine Angabe

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kontakt

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

Wie erreichen wir Sie am besten?

- ☐ Telefon
- ☐ Mobiltelefon
- ☐ E-Mail
- ☐ Post

Versicherung

Wie sind Sie versichert?

- ☐ Gesetzlich
- ☐ Privat
- ☐ Gesetzlich mit privater Zusatzversicherung
- ☐ Beihilfe
- ☐ Ohne Versicherung, ich zahle selbst

Name der Krankenkasse oder Versicherung

Nur bei Privatrechnung: abweichende Rechnungsanschrift

Zum Beispiel, wenn die Rechnung an Eltern oder eine betreuende Person gehen soll.

Weitere Behandelnde

Hausarztpraxis (Name und Ort)

Überweisende Praxis, falls abweichend

Sollen wir Ihrer Hausarztpraxis Befunde und Arztbriefe schicken?

- [ ] Ja
- [ ] Nein
- [ ] Bitte im Gespräch klären

Kontakt für den Notfall

Eine Person, die wir benachrichtigen dürfen, wenn Sie selbst nicht ansprechbar sind.

Name

Beziehung zu Ihnen (z. B. Partner*in, Tochter, Betreuer*in)

Telefon

Besondere Hinweise

Brauchen Sie Unterstützung beim Besuch?

- ☐ Dolmetschen oder Übersetzung
- ☐ Rollstuhl oder Gehhilfe
- ☐ Begleitperson
- ☐ Hörhilfe oder Gebärdensprache
- ☐ Nein

Bevorzugte Sprache, falls nicht Deutsch

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben richtig sind. Ändert sich etwas, etwa Anschrift, Telefonnummer oder Versicherung, sage ich der Praxis Bescheid.