

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie in die medizinische Versorgung
unserer Praxis aufgenommen werden möchten und bitten
Sie dafür um erste Informationen.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Festnetz: _____ Mobil: _____

Mail: _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Bereitschaft zur Aufnahme in den HZV-Vertrag: _____

Bestehender HZV-Vertrag: _____

Angehörige in unserer Praxis: _____

Medikamente: _____

Vorerkrankungen: _____

Wir bedanken uns für Ihre Kooperation!

Ihre mediX-hausärzte
Dres. Ch. & H. Bohn

Datum

Unterschrift Patientin/Patient