

Anfrageformular für neue Patienten

Name : _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse/Hausnummer: _____

PLZ/Stadt: _____

Telefon-Nummer: _____

Handy-Nummer: _____

Email-Adresse: _____

Versicherung: _____

Bisheriger Hausarzt _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?:

Welche anderen Erkrankungen haben Sie?

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Diabetes (Zucker) Ja ____ Nein ____

Asthma/COPD Ja ____ Nein ____

Koronare Herzkrankheit (KHK) Ja ____ Nein ____

Sind Sie gegen Corona geimpft? Ja ____ Nein ____

Datum _____

Bitte senden Sie dieses Formular an kontakt@vesileschneider.de oder per Post/Fax an unsere Praxis.

Nach Eingang werden wir Sie innerhalb von 2 Arbeitstagen informieren, ob wir Ihnen eine hausärztliche Behandlung anbieten können.

Ihr Praxisteam Dr. Vesile Schneider