

Aufnahmeantrag Neupatient/in



Praxis Mohebi & Mikas
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Hausärztliche Versorgung

Personendaten

Herr

Frau

Name, Vorname

Geb.Datum
(tt.mm.jjjj)

Alter

Adresse/PLZ/Ort

Kommunikationsdaten

Handy-Nummer

Festnetz-Nummer

E-Mail

Versicherungsstatus

gesetzlich versichert

privat versichert

Krankenkasse

Wann wurde der letzte Gesundheits-Check up durchgeführt?

Wann wurde das letzte Hautkrebs-Screening durchgeführt?

Bisheriger Hausarzt

Name, Adresse/PLZ/Ort

Warum wollen Sie den Hausarzt wechseln? (freiwillige Angabe)

Corona-Status

Ich bin an COVID-19 erkrankt gewesen? nein ja Wann?

Ich bin gegen COVID-19 geimpft? nein ja

Wie stehen Sie zur Organspende? (bitte entsprechend ankreuzen)

Ich bin für Organ-Spende ja nein

Ich besitze einen Organ-Spendeausweis ja nein

Ich möchte (weitere) Informationen ja nein

Datum/Unterschrift

Erziehungs-/Vertretungsberechtigter (Druck- und Unterschrift)