FAMILIENPRAXIS
BUCHHOLZ
Dr. med. Sebastian Fokuhl

Patientenaufnahmebogen

Name: _____ Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefonnummer: _____ Mobilnummer: _____

eMail: _____ Geb. Datum: _____

Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Sind Familienmitglieder von Ihnen bereits unsere Patienten? ☐ Ja ☐ nein

Wie wurden sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Vorheriger Hausarzt? _____

Besteht derzeit eine Pflegebedürftigkeit? ☐ Ja ☐ nein

Sind sie derzeit einem Pflegedienst angebunden? ☐ Ja ☐ nein

Sind derzeit Hausbesuche bei Ihnen erforderlich? ☐ Ja ☐ nein

Medikamente (Präparat/Dosierung)

_____

_____

_____

_____