

Fragebogen Neupatienten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Die nachfolgenden Fragen helfen uns, Ihnen eine reibungslose Behandlung zu ermöglichen.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ durch die Familie
☐ durch einen unserer Patienten
☐ durch Telefonbuch / Branchenbuch / Internet
☐ ich wohne in der Gegend
☐ durch die Praxisschilder
☐

Wer war Ihr/e bisherige/r Kinderarzt/ärztin?

Besucht Ihr Kind:

- ☐ eine Kinderkrippe?.....
☐ einen Kindergarten?.....
☐ eine Schule?.....
☐ eine therapeutische Einrichtung?.....

Leidet Ihr Kind an chronischen Krankheiten?

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Leidet Ihr Kind an Allergien?

Hat ihr Kind die empfohlenen Impfungen?

Bekommt Ihr Kind Logopädie/Ergoth./KG?

Leidet Ihr Kind an Behinderungen?

Erkrankungen bei Familienangehörigen?

Vorstellungsgrund:

Ich bin damit einverstanden, dass ich per Brief/Telefon/Email über notwendige Termine für Vorsorgen / Impfungen durch die Praxis Dr. Buchner kontaktiert und erinnert werde.

- ☐ ja
☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift des ges. Vertreters