

Fragebogen Neupatienten
Name, Vorname:
Geburtdatum:

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