Anfrage für die Aufnahme als Neupatient

Für die Praxis:

☐ **Allgemeinmedizin** ☐ **Kinderarzt** ☐ **Gynäkologie**

- ☐ Praxis Dr. Kluger
- ☐ Praxis Herford
- ☐ Praxis Bad Holzhausen
- ☐ Praxis Sundern

Datum _____

Name* _____ Vorname* _____ Geb. Datum* _____

Straße + Nr. _____ Krankenkasse/ Privat _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnummer _____ oder* E-Mail _____

Eltern/ Geschwister Patienten in der Praxis _____ Empfohlen von _____

Bisheriger Arzt _____ Grund des Wechsels/ der Anfrage _____

Besondere Anmerkungen _____

☐ *Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen. Hinweis: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an „info@gim-faz.de“ widerrufen.

☐ *Ich stimme zu, dass meine Angaben und Daten zur Beantwortung meiner Anfrage elektronisch erhoben und gespeichert werden.

Sie können diese PDF lokal auf Ihrem Computer speichern und nach erneutem Öffnen direkt am Bildschirm ausfüllen. Oder Sie drucken das Formular aus und füllen es per Hand aus.

* Pflichtfelder

Von der Praxis auszufüllen:

Aufnahme als Neupatient: ☐ Ja ☐ Nein

Rückruf beim Patienten:

am _____ durch _____ erreicht/ nicht erreicht