



Aufnahmeformular für Patienten

Allgemeine Angaben

Familienname:

Vorname:

.....

.....

Geburtsdatum:

☐ weiblich

☐ männlich

.....

Adresse inkl. Strassennummer:

PLZ/Ort:

.....

.....

Telefon / Mobile:

E-Mail:

.....

.....

Sprachen, welche Sie fließend sprechen:

☐ Deutsch

☐ Englisch

☐ Andere, falls ja welche:

.....

Versicherungsangaben Krankenkasse

Name Grundversicherung:

Kartennummer Krankenkassenkarte:

.....

807

.....

Versicherungsmodell

☐ Standard-Modell
(freie Arztwahl)

☐ Hausarzt-Modell

☐ Telemed-Modell

Patientinnen und Patienten mit einem Hausarzt-Modell oder dem Standard-Modell mit freier Arztwahl können bevorzugt berücksichtigt werden. Der Grund dafür ist unser Anspruch, eine qualitativ hochwertige, kontinuierliche und persönliche medizinische Betreuung sicherzustellen. Eine verlässliche Arzt-Patienten-Beziehung sowie klare hausärztliche Zuständigkeiten ermöglichen uns, Ihre Gesundheit langfristig und bestmöglich zu begleiten.

☐ Eine andere Versicherung ist Kostenträger
(z.B. Invalidenversicherung)

Name der Versicherung:

.....



Arztangaben

Aktuelle Hausarztpraxis (Name und Adresse):

.....

Grund für den Praxiswechsel:

.....

.....

Bei welcher Hausärztin/Hausarzt unserer Praxis würden Sie sich gerne anmelden:

.....

Medizinische Angaben

Aktuelles medizinisches Anliegen/Beschwerden:

.....

.....

.....

.....

Diagnosen:

.....

.....

.....

.....

Psychische Beschwerden:

.....

.....

.....

.....



Medikamente [Welche Sie täglich oder regelmässig einnehmen]:

.....

.....

.....

.....

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

Datum/Ort:

Unterschrift (Name/Vorname)

.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Angaben wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt zu haben.
Ich nehme zur Kenntnis, dass das Anmeldeformular zur Überprüfung einer Neuaufnahme dient und keine
Anmeldebestätigung ist.