



HAUSÄRZTE
IM WASSERKRÜGER WEG

FACHÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND INNERE MEDIZIN

Version 3.0

Seite 1/2

Neuanmeldungsbogen.doc
zuletzt geändert am
16.03.2026

Neuanmeldungsbogen

Bitte leserlich schreiben, Danke 😊

Krankenkasse: normal oder ermäßigter Tarif bei Privatkassen

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Handy:

Änderungen bitte in der Praxis bekannt geben, danke.

Beruf:

Arbeitgeber:

wö. Arbeitszeit:

verheiratet

geschieden

ledig

verwitwet

Anzahl der Kinder:

Wem dürfen wir Auskunft geben? Name:

keinem!

Bei welchem Arzt waren Sie vorher in Behandlung:

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Dürfen wir Sie an fällige Termine wie z. B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchen

u. ä. erinnern (Telefon / Mail / Fax)?

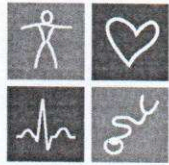
ja

nein

Dürfen wir Befunde wie Labor, Medikamentenpläne, KH-Berichte u. ä. an Ihre mitbehandelnden (Fach-) Ärzte, Krankenhäuser ... übermitteln (Fax / Mail)?

ja

nein



HAUSÄRZTE
IM WASSERKRÜGER WEG

FACHÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND INNERE MEDIZIN

Version 3.0

Seite 2/2

Neuanmeldungsbogen.doc
zuletzt geändert am
16.03.2026

Wir weisen darauf hin, dass die Datenübertragen zur Terminerinnerung und/oder zu mitbehandelnden (Fach-)Ärzten/Kliniken,...

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

nein

ja

Welche?

nein ja, welche?

Hatten Sie a) schwere Erkrankungen?

b) Unfälle?

c) Operationen?

d) sonstiges, wie Blutungsneigung?

Infektionskrankheiten?

resistente Keime?

Bestehen Allergien? nein ja, welche?

Haben Sie eine Kur gemacht? nein ja, wann und wo

Nennen Sie uns bitte den Grund Ihres Kommens:

(bei starken Schmerzen oder Fieber bemühen wir uns um eine möglichst schnelle Behandlung, also bitte angeben)

Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff Dritter ist nicht möglich!

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme des Aushangs der Patienteninformation zum Datenschutz und bin darüber aufgeklärt worden, dass ich die Patienteninformation nach Art. 13 DSGVO jederzeit schriftlich ausgehändigt bekommen kann. Ich willige ebenso in die Verwendung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitungszwecke ein.

Mölln, den _____

Unterschrift _____