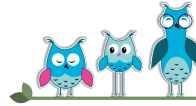


PATIENTENFRAGENBOGEN



G. Luner-Landtau
Fachärztin für Kinderheilkunde
und Jugendmedizin

PATIENTENDATEN

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Straße:

Ort:

Erziehungsberechtigte/r

Name:

Vorname:

Tel.:

Mobil:

Email:

KRANKENGESCHICHTE

Chronische Erkrankungen:

Bisherige schwere Erkrankungen (was? wann?):

Bekannte Allergien:

Bekannte Medikamenten Unverträglichkeiten/-Allergien:

Krankenhausaufenthalte:

FAMILIENANAMNESE

Bekannte Erkrankungen / Allergien / Heuschnupfen / Asthma der Geschwister, Eltern, sonstiger Angehöriger:

Wie sind Sie auf unsere Praxis Aufmerksam geworden (z.B. Internet, Freunde etc.):

Vorsorgetermine:

Wir bitten Sie, mindestens 48 Stunden vor dem Termin abzusagen. ansonsten müssen wir Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von 37,78 € in Rechnung stellen (2 x GOÄ Nr 56).

Bitte beachten Sie, das Ihnen zwei angemietete Parkplätze in der Garage zur Verfügung stehen. Alle anderen Parkplätze sind anderweitig vermietet und dürfen nicht benutzt werden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Für die medizinische Behandlung dürfen eventuelle in der Praxis vorhandenen Patientenakten/Befunde vom Vorgänger Herrn Dr. Ziola übernommen werden.

Datum und Unterschrift:

Gudrun Luner-Landtau
Rethelstraße 139
40237 Düsseldorf

Privat und alle Kassen

Tel.: 0211 624404
Fax: 0211 239 6161
Email: info@kinderaerztinluner-landtau.de