

Krankenkasse bzw. Kostenträger			
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	

# Internistische Praxis Zwenkau

**Toralf Schwarz**

Facharzt für Innere Medizin

Weinhold-Arkade 4

04442 Zwenkau

Tel: 034203/32187

Fax: 034203/629848

## Anmelde-Formular EDV

Liebe Patientin, lieber Patient,  
 Sie besuchen unsere Praxis heute zum ersten Mal. Für eine optimale Betreuung benötigen wir noch einige Angaben von Ihnen.  
 Sie helfen uns, unnötige Wartezeiten zu vermeiden, wenn Sie die nachfolgenden Fragen vor Beginn der Behandlung beantworten.

Telefon tagsüber:		Beruf:		Hausarzt:	
-------------------	--	--------	--	-----------	--

Weitere behandelnde Ärzte:				
----------------------------	--	--	--	--

Allergien: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen:			
---	--	--	--

Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten?

Hohem Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja
Herz- und Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	Nierenleiden	<input type="checkbox"/> ja
Lungenkrankheiten, chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja
Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	Krebsleiden	<input type="checkbox"/> ja
andere Leiden	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:		

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente:	Name des Medikaments	Anzahl			
		früh	mittags	abends	nachts
<input type="checkbox"/> ja, und zwar:					

Zum Schluß noch ein Hinweis:  
 Meine Praxis wird nach einem Bestell-System geführt.  
 Ihr-Vorteil: Unnötige Wartezeiten bleiben Ihnen erspart. Ihre Behandlung erfolgt in aller Ruhe.

Halten Sie deshalb bitte den vereinbarten Termin pünktlich ein.  
 Sind Sie zur Absage gezwungen, bitte 24 Stunden vorher anrufen.

Mit bestem Dank  
 Ihr Praxis-Team