

# Aufnahmeformular für Privatpatienten

## Patientin / Patient:

Name : \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Hauptversicherter: \_\_\_\_\_

PLZ-Wohnort: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer, ggf. Handy-Nummer: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Vollversicherung:  | Standardtarif (1,7-fach):  | Basistarif (1,2-fach):  | Beihilfe:   
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Überweisender Arzt:** \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Allergien?** Nein

Ja ,welche: \_\_\_\_\_

**Welche anderen Erkrankungen haben Sie?** (z.B. Diabetes ?,Asthma?, COPD?,  
Thrombose? Durchblutungsstörungen? Herzinfarkt?: \_\_\_\_\_

---

---

---

Berlin, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten/Rechnungsempfängers:

Alle Angaben sind freiwillig. ggf. Rückseite benutzen. DANKE Ihr 3Chirurgen Team