



AUFNAHMEBOGEN:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Adresse: _____

Telefon, privat: _____ beruflich: _____

E-Mail-Adresse: _____

Versicherung: _____ Stationäre Zusatzversicherung: Ja Nein

Empfehlung: _____

Bevorzugter Terminwunsch: _____ Ja, bei Dr. _____ Nein

Ja, ich bin damit einverstanden, dass mir zur Verkürzung der Wartezeit auch ein Termin bei einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt der Praxis angeboten wird.

Ja, ich habe Interesse an Leistungen außerhalb der gesetzlichen Versicherung (IGEL) und möchte mich gerne beraten lassen.

MEDIZINISCHE ANGABEN:

Derzeitige Medikamente:

Alkohol:

Allergien, Unverträglichkeiten:

Nikotin:

Letzte Krebsvorsorge:

Aktuelle oder frühere Auffälligkeiten:

Es besteht Kinderwunsch

Schwangerschaft

Verhütungsbedarf

Verhütungsmethode:

seit:

Schwangerschaften und Verlauf:

Schwere Krankheiten, Operationen, Unfälle:

Krankheiten in der Familie:

Grund für den aktuellen Terminwunsch:
(bitte ggf. Rückseite oder sep. Blatt verwenden)

Bitte zurück per Post oder Fax: 089 - 55 55 58

Frauenarztpraxis
Dr. Thomas Villinger
Sendlinger-Tor-Platz 10

80336 München

Datum: _____

Unterschrift: _____