



Praxisgemeinschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Dr. med. Karin Moser und Dr. med. Ute Messner

## AUFNAHMEBOGEN

Liebe Patientin,

herzlich willkommen in unserer gynäkologischen Praxisgemeinschaft. Bitte machen Sie uns folgende Angaben, damit wir Ihre Patientendaten richtig dokumentieren können.

- Name Ihrer Krankenversicherung: \_\_\_\_\_
- Sind Sie beihilfeberechtigt? \_\_\_\_\_
- Haben Sie besondere Steigerungssätze mit Ihrer privaten Versicherung vereinbart? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nachname: \_\_\_\_\_
- Vorname: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
- PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_
- Straße u. Hausnummer: \_\_\_\_\_
- Telefonnummer: \_\_\_\_\_
- Handynummer: \_\_\_\_\_
- E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Für den Fall, dass Sie nicht selbst versichert sind, sondern über Ihren Ehegatten, Vater oder Mutter füllen Sie bitte untenstehende Daten aus.

- Nachname d. Hauptversicherten: \_\_\_\_\_
- Vorname d. Hauptversicherten: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum d. Hauptversicherten: \_\_\_\_\_
- PLZ/Wohnort d. Hauptversicherten: \_\_\_\_\_
- Straße/Hausnummer d. Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Bitte wenden

