



## Patienten-Aufnahmebogen

Datum: \_\_\_\_\_

➤ Stammdaten und Kostenträger zur Aufnahme in die Praxisverwaltung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. priv.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_ tagsüber erreichbar: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

versichert als:  Mitglied  Familienangehöriger

➤ Antragstellung an Kasse und Gutachter

Angaben zum Hauptversicherten, wenn ein Versicherungsverhältnis als Familienangehöriger besteht:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

.....  
Wurde schon eine Therapie durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn Ja: von:..... bis:.....  ambulant  stationär

Name, Vorname/Institut: ..... Titel: .....

Tel.: ..... Adresse: .....

Bisheriger Kostenträger: .....

➤ Berichtspflicht

Hausarzt:

Name: ..... Vorname: ..... Titel: .....

Tel.: ..... Adresse: .....

Konsiliararzt:

Name: ..... Vorname: ..... Titel: .....

Tel.: ..... Adresse: .....

Von wem wurden Sie überwiesen bzw. empfohlen? .....

➤ Therapiegründe

Nimmt Ihr Kind z.Zt. Medikamente?  Ja  Nein Welche? .....

Hat oder hatte Ihr Kind Drogen- oder Alkoholprobleme?  Ja  Nein von.....bis.....

Beschwerden, Probleme, Diagnosen, die Sie zur Aufnahme einer Therapie veranlassen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....