

## Patientenerfassungsbogen

---

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Namenszusatz: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_ c/o: \_\_\_\_\_

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

Ersatz-Zustellanschrift: \_\_\_\_\_ c/o: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

1. priv. Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ 1. dienstl. Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

2. priv. Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ 2. dienstl. Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

priv. Fax-Nr.: \_\_\_\_\_ priv. Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse\*: \_\_\_\_\_

\*das Hämophilie-Zentrum ist ermächtigt Sie bei Fragen per E-Mail zu kontaktieren

---

Krankenkasse/Kostenträger: \_\_\_\_\_

IK-Nr.: \_\_\_\_\_ Kassennr.: \_\_\_\_\_ Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

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

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus/Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Vers.-Modus: \_\_\_\_\_ c/o: \_\_\_\_\_

Fam.-Bez.: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Namenszusatz: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

---

Hausarzt/Titel und Name: \_\_\_\_\_

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

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Befund bitte senden an:  Hausarzt  Patient  Archiv (Wunsch bitte ankreuzen)

---