

Patientenaufnahmebogen

Fiktives Formularlayout mit Platzhaltertexten fuer die Website der Praxis.

Hinweis: Dieses Dokument ist ein reines Muster. Es enthaelt keine echten Patientendaten und dient ausschliesslich der visuellen Darstellung im Downloadbereich der Internetseite.

Persoенliche Angaben

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse und Hausnummer	PLZ / Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Versicherung	Versicherten-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kontakt und Einwilligungen

<input type="checkbox"/> Ich bin mit einer Terminerinnerung per SMS oder E-Mail einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ich moechte Befunde digital erhalten, soweit dies moeglich ist.
<input type="checkbox"/> Meine Telefonnummer darf fuer Rueckfragen genutzt werden.	<input type="checkbox"/> Ich wuensche eine Kopie wichtiger Dokumente fuer meine Unterlagen.

Medizinische Kurzinformation

Allergien / Unvertraeglichkeiten Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.
Regelmaessige Medikamente Integer posuere erat a ante venenatis dapibus posuere velit aliquet.
Wichtige Vorerkrankungen Nullam id dolor id nibh ultricies vehicula ut id elit.

Erklaerung

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Integer facilisis, nisl vitae fermentum posuere, neque arcu mattis justo, sed gravida augue diam vitae mi. Praesent non luctus purus. Donec vel orci vitae augue porttitor tincidunt.

Ort, Datum

Unterschrift