

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient!

Zur Organisation der Abstriche benötigen wir einige Informationen.
Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus.

Name:	Vorname:						
PLZ/Wohnort:	Straße /Nr.:						
Telefonnummer/Mobilnummer/e-Mail:							
Reiseziel, Reisedatum von/bis:							
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja, welche?							
Besteht eine chronische Erkrankung wie z.B. Bluthochdruck, COPD, Diabetes? Welche?							
Haben Sie Symptome?							
<input type="checkbox"/>	Fieber	<input type="checkbox"/>	Husten	<input type="checkbox"/>	Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	Geschmacksverlust
<input type="checkbox"/>	Durchfall	<input type="checkbox"/>	sonstiges:				
Hausarzt?							
Krankenkasse:							

Vielen Dank!

Datum

Unterschrift des Patienten



Auf der Wurth 7
26160 Bad Zwischenahn
Tel: 04403 - 3222
oder 81069-11

Fax: 04403 - 81069-29
täglich mehrfach abgehörter
Anrufbeantworter: 81069-12
mail: praxis@dr-brunnee.de
web: www.dr-brunnee.de

Sprechzeiten:
Mo. 8:00-18:00
Di. 7:30-18.00
Do 8:00-19:00
Mi.,Fr. 8:00-12:00
und nach Vereinbarung

Bankverbindung:
IBAN:
DE78300 6060 1010 626 3127
BIC: DAAEDEDXXX
Apotheker- und Ärztebank Olb
Konto-Nr: 010 626 3127
BLZ: 300 60 601

