Praxis für
Orthopädie &
Sportmedizin

Bitte schicken Sie uns den Fragebogen per Email an info@mw-ortho.de

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben:

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

PLZ und Wohnort: _____

Straße: _____

ggf. Rechnungsadresse/ oder Mitversichert:

_____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon Privat: _____ Mobil: _____

Email: _____

Krankenkasse/Versicherung: _____

Beihilfe: Ja ◯ Nein ◯ (zutreffendes bitte ankreuzen)

Empfohlen durch: _____

Operationen/andere Erkrankungen
(z.B. Herz, Kreislauf, Schilddrüse, Krebs, Hepatitis, HIV, Covid-19 oder ähnliches)

_____

Allergien: _____

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? _____

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel ein? _____

Gibt es aktuelle Röntgen- und Kernspinaufnahmen? _____

Wo haben Sie Beschwerden? _____

Wir möchten Sie bitten, uns mitgebrachte Unterlagen (MRT, Röntgen, Laborwerte etc.) bei der Anmeldung zur Verfügung zu stellen, damit wir diese bereits vor dem Arztkontakt in Ihre digitale Akte einfügen können. Vielen Dank!

Datum _____ Unterschrift _____

MW Praxis für Orthopädie & Sportmedizin

Dienerstr. 12
Alter Hof
80331 München

Tel +49 (0)89-452 38 59 0
Fax +49 (0)89-452 38 59 71

www.mw-ortho.de
info@mw-ortho.de

HypoVereinsbank
IBAN DE52 7002 0270 0015 7341 57
BIC HYVEDEMMXXX