

MEDICAL CHECK-UP

Präventive Gesundheitsuntersuchung

Aufnahmefragebogen

Check-up geplant am: _____

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Geb.-Datum: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Wohnort/Land: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Name der Krankenkasse: _____

- Rechnungsempfänger: Selbstzahler (Anschrift siehe oben)
- incl. Aufschlüsselung der Kosten nach GOÄ für die priv. K-Kasse
- Arbeitgeber
- (Bitte Namen und Anschrift des Rechnungsempfängers angeben)

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr
Medical Check up Team