Aufnahmebogen Praxis Dr. Thomae, Königswieserstr.89a, 81475 München **Datum**	
Name	**Vorname**
Anrede/Titel	Geburtsdatum
Adresse Straße_____ Ort_____	Privat Beruflich Telefon_____**II**_____ Fax_____**II**_____
Krankenversicherung	Beruf
Bisher bekannte Erkrankungen/Allergie	**Bisher eingenommene Medikamente**
Größe	**Gewicht**