

Persönliche Angaben

Name, Vorname Geburtsdatum

Telefon Festnetz Telefon Mobil

E-Mail Beruf Hausarzt

Körpergröße Gewicht

Ihre aktuellen Beschwerden ? _____

Hatten Sie schon Operationen Welche? Wann? (Monat/Jahr) ? _____

Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck		
Niedriger Blutdruck		
Blutgerinnungsstörung		
Diabetes		
Schlaganfall		
Herzerkrankungen		
Raucher		
Sonstige Erkrankungen		

	Ja	Nein
HIV		
Hepatitis		
Herzschrittmacher		
Asthma		
Herzinfarkt		
Rheuma		

Nehmen Sie Medikamente ein? _____

blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin) ? _____

Allergien gegen Medikamente ? _____

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (bitte ankreuzen)

Telefonverzeichnis Werbung Internet Freunde/Bekannte Anderen Arzt

Empfehlung von _____

Wir erinnern Sie gerne an wichtige Termine (Akupunktur, Knochendichtemessung, Knorpelaufbau-Injektionen usw.)Wünschen Sie in unseren Erinnerungs-Service aufgenommen zu werden? Ja / Nein

Sollte für meine weitere Versorgung zusätzlich zur ärztlichen Behandlung Versorgungsleistungen durch externe Anbieter gesundheitlicher Leistungen (z.B. Physiotherapeuten, Hilfsmittelversorger etc.) erforderlich sein oder werden, so wünsche ich ausdrücklich die Empfehlung hierfür geeigneter Leistungserbringer.

Vielen Dank für Ihre Angaben