

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für die richtige Beurteilung Ihrer Beschwerden wichtig sind. Die Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte geben Sie ggf. Arztbriefe/Krankenhausberichte/Befunde Bildgebung (MRT, CT) sowie Ihren Medikamentenplan an der Anmeldung ab.

Name der/des Patientin/en	Vorname	Geburtsdatum	Größe/Gewicht
Straße / Hausnummer		Postleitzahl / Wohnort	
E-Mail Adresse	Telefon	Mobil	
Hausarzt	Krankenkasse	Beruf	

AKTUELLE MEDIKAMENTE:

Bitte genaue Angaben oder Medikamentenplan an der Anmeldung abgeben

Name und Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

OPERATIVE EINGRIFFE /

KRANKENHAUSAUFENTHALTE IN DEN LETZTEN JAHREN:

Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

ALLERGIEN / MEDIKAMENTENUNVERTRÄGLICHKEITEN:

Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

- Bluthochdruck erhöhtes Cholesterin Diabetes mellitus KHK/Herzinfarkt, wenn ja wann?
- pAVK, Operation: Vorhofflimmern Herzinsuffizienz Niereninsuffizienz Schilddrüsenüber-/unterfunktion
- Tumor-Erkrankung: Psychiatrische Erkrankung:

bitte wenden.

