

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben sich heute erstmalig in unserer Praxis vorgestellt.
Damit wir Ihre Behandlung optimal gestalten können, möchten wir Sie bitten, kurz den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name: _____ Vorname: _____ geb. am _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Beruf: _____

1. Leiden sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Verengung der Herzkranzgefäße Bluthochdruck Magengeschwüren
Leberentzündung chron. Darmentzündung Nierenerkrankung
Diabetes Rheuma Arthrose
Allergien welche? _____
Krebserkrankung welche? _____
Sonstiges welche? _____

2. Wurden Sie schon mal operiert?

Woran? _____

3. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Welche Dosierung? _____

4. Gibt es Medikamente die Sie nicht vertragen?

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

5. Besteht Impfschutz gegen?

Tetanus Diphtherie Polio Hepatitis A/B Zecken

7. Wurden in den letzten 18 Monaten ein Check up und/oder eine Krebsfrüherkennung durchgeführt? Ja Nein

Telefonnummer: _____ E-Mail Adresse: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____