

Datum:

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

für unsere Kartei bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

Persönliche Daten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummern:

E-Mail:

Krankenkasse:

Bei Privatversicherten:      ☐ Normaltarif      ☐ Basistarif      ☐ Standardtarif

- Hauptversicherter mit Geburtsdatum:

Beruf:

Familienstand:

Anzahl der Kinder:

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Allgemeine Anamnese:

Größe / Gewicht:

Allergien:

Probleme mit Stuhlgang / Wasserlassen:

Schlafprobleme:

☐ Alkohol      ☐ Rauchen      ☐ Ex-Raucher      ☐ Drogen

Chronische Erkrankungen (z. B. Blutdruck, Krebs, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall) / Operationen (Jahr):

-

-

-

-

-

-

-

-

Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, pflanzliche und homöopathische Mittel:

- 
- 
- 
- 

Erkrankungen in der Familie (Rheuma, Krebs, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall):

- 
- 
- 

Vorsorge:

- Männer: Urologe:
- Frauen: Gynäkologe:
- Zahnarzt:
- Magen-/ Darmspiegelung:

Sonstige Fachärzte:

Vorhandene Impfungen:

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tetanus /Diphterie /Polio/Pertussis | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B       | <input type="checkbox"/> Pneumokokken |
| <input type="checkbox"/> FSME (Zecke)                        | <input type="checkbox"/> Mumps/Masern/Röteln | <input type="checkbox"/> HPV          |
| <input type="checkbox"/> Tollwut                             | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster       |                                       |

Sonstige Impfungen:

Aktuelles Problem, Grund des Termins: