

Liebe Patientin, lieber Patient, - herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um Ihren Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten zu können und damit wir uns so gut wie möglich auf Ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche einstellen können, beantworten Sie bitte folgende Fragen möglichst vollständig:

Ihre persönlichen Daten:

Herr/ Frau/ Dr./Kind _____
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____
Strasse _____ Postleitzahl/Wohnort _____

Telefon tagsüber _____ Telefon privat _____ E-Mail Adresse _____
Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die **E-mail**-Adresse nur für den Recall- oder für Terminbestätigungen benötigt wird und keinesfalls an Dritte weitergegeben wird!

Name der Krankenversicherung _____ ich bin beihilfeberechtigt zusatzversichert

Beruf /Arbeitgeber _____

Mitglied/ Zahlungspflichtiger: (nur wenn abweichend)

Herr/ Frau/ Dr./Kind _____
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____
Strasse _____ Postleitzahl/Wohnort _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? durch _____

ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

(alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht)

- Herzinfarkt (wann?) _____
- Herzoperationen? (wann? welche?) _____
- Endokarditis/ Herzpass/ Herzschrittmacher ? _____
- Schlaganfall (wann?) _____
- Blutdruck niedrig normal hoch
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) _____
- Unverträglichkeit von Medikamenten(welche?) _____
- Bluterkrankungen/ -gerinnungsstörungen (welche?) _____
- Gelbsucht/ Leberkrankheiten (wann?) _____
- Allergien (welche?) _____

(Fortsetzung auf der Rückseite)

