



Patientenanmeldung

Bitte beantworten Sie uns die folgenden Fragen. Wir wollen damit erreichen, dass unsere Behandlung und unsere Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich.

Name, Vorname Geburtstag

Adresse

Telefon privat geschäftlich Handy

Beruf/Arbeitgeber

Wer ist Ihr vorheriger Hausarzt?

Größe cm Gewicht kg

Rauchen Sie? ja nein

Sind Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an einer Herzerkrankung? ja nein

Wenn ja, welcher?

Leiden Sie an hohem Blutdruck? ja nein

Ist eine erhöhte Blutungsneigung bekannt? ja nein

Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)? ja nein

Ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? ja nein

Haben Sie eine chronische Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV)? ja nein

Ist ein Anfallsleiden bekannt (Epilepsie)? ja nein

Haben/hatten Sie eine Krebserkrankung? ja nein

Wenn ja, welche?

Gibt es Erkrankungen in der Familie? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Impfausweis? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche und wie?

Wurden Sie schon einmal operiert? ja nein

Wenn ja, weshalb?

Wo?

Für Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein

Vielen Dank für Ihre Mühe. Ihr Team der Praxis am Kolpingplatz