

**Welche Medikamente nehmen Sie ein:**

\_\_\_\_\_

**Allergien/Unverträglichkeit:**

\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen alle erforderlichen Impfungen, auf dem neusten Stand?

Ja

Nein

**Behandlung:**

ausschließlich Schmerztherapie

Allgemeinmedizinische Behandlung

Vertretung wegen Urlaub/Krankheit/sonstiges

**Dürfen wir Sie in unser Erinnerungsschreiben aufnehmen (für Erinnerungen z. Bsp. an Impfungen)?**

Ja

Nein

**Sonstiges:**

Wie sind Sie auf uns gekommen?

Internet  Telefonbuch/Branchenbuch

Überweisung/ Arzt  Praxisschild

Empfehlung durch Patienten/Apotheke/Hotel Name: \_\_\_\_\_

Sonstiges

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Vielen Dank  
Ihr Praxisteam

# Anmeldeformular für Neupatienten

## Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_

Vornamen: \_\_\_\_\_

weiblich:  männlich:

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

## Eigen Anamnese:

**Vorerkrankungen:**  Herzerkrankungen  Diabetes Mellitus (Zucker)

Hauterkrankungen  Bluthochdruck  Schilddrüsenerkrankung

Tumorerkrankung  Nierenerkrankung  sonstige Erkrankung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie schon einmal operiert worden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sind folgende Krankheiten in der Familie Bekannt:**  Herzerkrankungen

Diabetes Mellitus ( Zucker)  Hauterkrankungen  Bluthochdruck

Schilddrüsenerkrankung  Tumorerkrankung

Nierenerkrankung  sonstige Erkrankung: \_\_\_\_\_