

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: _____