

Name: _____ Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Beruf: _____

Hausarzt: _____ Krankenkasse: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, bitte auf der Rückseite Name des Präparats/Wirkstoff vermerken.

Hatten Sie je:

- eine ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente/Spritzen?
Wenn ja, bitte auf der Rückseite Name des Präparats/Wirkstoff vermerken. Ja Nein
- Schwierigkeiten mit langem Blüten?
- eine bösartige Erkrankung?

Haben Sie:

- einen Herzpass? Ja Nein
- einen Herzschrittmacher?
- Bluthochdruck?
- Diabetes? (Zuckerkrankheit)
- Atemwegserkrankungen?
- Allergien? Wenn ja, bitte auf der Rückseite vermerken.
- Hepatitis A B C
- HIV Infektion?
- Andere schwere Erkrankungen?
Wenn ja, bitte auf der Rückseite vermerken.
- Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Datum: _____

Unterschrift des Patienten: _____

Medikamente die ich regelmäßig einnehme:

Eine ungewöhnliche Reaktion hatte ich auf folgende Medikamente/Spritzen:

Ich bin allergisch gegen:

Andere schwere Erkrankungen:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfohlen durch _____ Internet Presse

Sonstiges: _____

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.