

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

	Vorname	Nachname
Patient:		
Mitglied/Hauptversicherter:		

Geburtsdatum:	Geburtsort:
---------------	-------------

Strasse:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
Krankenkasse:	
Hausarzt:	
Arbeitgeber:	

Wir freuen uns, Sie heute bei uns zu begrüßen. Bitte haben Sie Verständnis für den umfangreichen Fragebogen, der Ihnen und uns die Behandlung erleichtert.

Leiden Sie an Herz / Kreislaufkrankungen?	
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, usw.)	
Innere Krankheiten (Diabetes, Rheuma, usw.)	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (wenn Ja, welche?)	
Haben Sie eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente?	
Haben Sie Allergien?	
Liegt bei Ihnen eine Blutungsneigung und / oder Ohnmachtsneigung vor?	
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	
Sonstige Erkrankungen:	

Hinweis: Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, ist unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder aber 24 Stunden vorher abzusagen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Für Fragen und Anregungen sind wir immer offen.

Ihr Praxisteam