

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Verbesserung Ihrer Behandlung möchten wir Sie vorab um einige kurze, wichtige Informationen bitten, damit Ihre Untersuchung und eine erforderliche Therapie zielgenau erfolgen können! Vielen Dank!

Name: _____ Geb.Dat.: _____ Telefon-Nr.: _____

Handy-Nr.: _____ E-Mail Adresse: _____

Dürfen wir sie per Email kontaktieren?: nein ja

Welche Hauptbeschwerden führen Sie zu uns?

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? (Name und Dosis pro Tag)

Marcumar (Blutverdünnungsmittel)? nein ja

Welche Med. nahmen Sie in den letzten 12 Monaten ein, die Sie jetzt nicht mehr einnehmen?

Haben Sie eine Allergie? nein

Ja, welche? _____ seit wann? _____

Werden oder wurden Erkrankungen in den letzten 12 Monaten bei Ihnen behandelt?

Nein

Ja, welche, wie? _____

Waren Sie in den letzten 3 Jahren im Krankenhaus stationär? Nein

Ja,

wann/wo? _____

Weswegen? _____

Wie groß sind Sie? _____ cm Wie schwer sind Sie? _____ kg

Derzeitige Tätigkeit/(früher ausgeübter) Beruf? _____

Welche Erkrankungen haben (oder hatten) Ihre Eltern?

Vater: _____ Mutter: _____

Bei welchem Hausarzt sind Sie in Behandlung? _____

Ich bin mit einem Befundbericht an den überweisenden Arzt einverstanden? ja nein

Datum: _____ Ihre Unterschrift: _____