

Liebe Patientin, lieber Patient,

Datum: _____

um besser auf Ihre Erkrankung eingehen zu können, benötigen wir folgende Angaben von Ihnen.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.: _____

Unter welchen chronischen Erkrankungen leiden Sie ?

Gab es in der Vergangenheit schwere Erkrankungen oder Unfälle ?

Rauchen Sie, wenn ja, wie viele/Tag: ja nein Menge ca.

Welche Medikamente nehmen Sie ein ?

Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten ? Ja nein

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt, wenn ja, wann und weshalb ?

Gab es Komplikationen ?

Haben Sie Allergien, besitzen Sie einen Allergiepass ?

Aktuelle Werte: Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Falls Sie einen Impfpass besitzen, bringen Sie diesen bitte zum nächsten Termin mit, damit wir die Daten eingeben können und ggf. Impfungen auffrischen können.

Wir danken für Ihr Vertrauen. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter!

Dres. T. Wüst/C.Ritter
und das Praxisteam