

Patient

Name _____
Vorname _____
Geb.-Datum _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Tel. priv. _____
Mobil _____
E-Mail _____
Krankenkasse _____

Freiwillig versichert pflichtversichert

Hausarzt _____
Telefon _____

1. Liegen oder lagen Erkrankungen vor, an

- a) Herz ja nein
b) Blutdruck ja nein
c) Blutgerinnung ja nein

- d) Lunge (Astma o.ä.) ja nein
e) Leber (Gelbsucht o.ä.) ja nein
f) Niere ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie ? _____

2. Leiden Sie an

- a) Diabetes ja nein
b) Allergien ja nein
nein
c) Rheumatische Erkrankungen ja nein
nein

- d) Infektionskrankheiten
(Tbc, AIDS, Hepatitis o.ä.) ja
e) Niere ja

Welche Medikamente nehmen Sie ? _____

3. Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung ?

4. Zeigen Sie Spritzenreaktionen ?

- Werden Sie ohnmächtig? ja nein
Wird Ihnen schlecht? ja nein
Sonstiges _____

5. Besteht eine Schwangerschaft ? ja _____ Monat nein

6. Empfohlen/überwiesen durch: _____

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit !

Ihre Angaben werden von und ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes, sowie der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____