

Welche Beschwerden führen Sie aktuell in unsere Praxis? Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Gibt es hierzu Befunde? Ja Nein

Wenn ja, welche (bitte möglichst mit Jahreszahl)? Röntgen, Kernspintomographie (MRT), Computertomographie (CT)?

Ist diesbezüglich bereits eine Behandlung erfolgt? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? Welche Maßnahmen wurden durchgeführt?

Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden? Ja Nein

Wenn ja, welche (bitte möglichst mit Jahreszahl)?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Gefäßverengung | <input type="radio"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="radio"/> niedriger Bluthochdruck | <input type="radio"/> Venenerkrankung | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> Lebererkrankung |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Nierenerkrankung |
| <input type="radio"/> Asthma / COPD | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> HIV |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen |
| Wenn ja, seit wann? | Wenn ja, in welchem Körperteil? | <input type="radio"/> Krebserkrankung |
| | | Wenn ja, bitte benennen |
-

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente oder Blutverdünner ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen Allergien / (Medikamenten-)Unverträglichkeiten bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet
- Praxisschild Werbeschild sonstiges _____
-

Ort, Datum

Unterschrift