

Aufnahmeanfrage

Um eine Aufnahme in unserer Praxis prüfen zu können,
möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen.

Vielen Dank!



Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon Festnetz: _____ Mobil: _____

eMail Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Vorheriger Hausarzt: _____

Sind bereits Familienangehörige Patient in unserer Praxis? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wer? _____

Aktuelle Medikamente

(Sofern der Platz nicht ausreicht bitte die Rückseite nutzen oder einen Medikamentenplan beilegen.)

Präparat	morgens	mittags	abends

Bekannte Erkrankungen / Operationen

Diabetes ☐ ja ☐ nein	Herzerkrankung ☐ ja ☐ nein	Bluthochdruck ☐ ja ☐ nein
Magenerkrankung ☐ ja ☐ nein	Nierenerkrankung ☐ ja ☐ nein	Lebererkrankung ☐ ja ☐ nein
Tumorerkrankung ☐ ja ☐ nein	Schilddrüsenerkr. ☐ ja ☐ nein	Epilepsie ☐ ja ☐ nein
Migräne ☐ ja ☐ nein	Tuberkulose ☐ ja ☐ nein	Hepatitis ☐ ja ☐ nein
Hauterkrankung ☐ ja ☐ nein	Borreliose ☐ ja ☐ nein	Neurolog. Erkrank. ☐ ja ☐ nein
Herzschrittmacher ☐ ja ☐ nein	Sonstige Erkrankungen: _____	

Befinden Sie sich aktuell in weiterer ärztlicher Behandlung (Orthopädie, Diabetologe, Psychotherapie etc.)

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, weswegen:
