

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Mobil-Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____

Sind Sie mit Angabe Ihrer Mobilfunknummer und/oder e-mail einverstanden, dass Sie über Ihre Termine unseres Online-Terminkalenders *Doctolib* informiert bzw. an sie erinnert werden? JA NEIN

Ihr Hausarzt: _____ Ihr Beruf: _____
Vor- u. Zuname, ggf. Ort Ausgeübter Beruf - ggf. wichtig für Anamnese !

Im Interesse einer umfassenden Behandlung bitten wir um folgende Angaben

Gegenwärtige Beschwerden, _____
bzw. Grund des Arztbesuches: _____

Seit wann aufgetreten: _____

▼ Wichtige Vorerkrankungen /Operationen

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc u.a.): _____

Innere Krankheiten (Diabetes, Erkrankungen des Herz-Kreislaufs, der Schilddrüse, des Magen-Darm-Traktes; Gicht, Glaukom, Krebsleiden u.a.) bekannt ?

Bisherige Operationen: _____

Wenn ja, wann: _____

Arzneimittelunverträglichkeiten/Allergien: _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein ? ja nein
(ASS 100/ Falithrom/ Lixiana/ Xarelto/ Eliquis/ Pradaxa/ Clopidogrel/ Godamed o.ä.)

Sonstige Medikamente: _____

Aktueller Blutdruck bekannt? _____ / _____

Datum:

Unterschrift des Patienten: