

**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: