

ANFRAGE AUF BEHANDLUNG

bei Neupatienten

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Versicherung

vorheriger Arzt

m ☐ | w ☐ | d ☐ E-mail Adresse.....

LEIDEN SIE UNTER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Bluthochdruck	Nein ☐ Ja ☐	Magen- Darm- Erkrankung	Nein ☐ Ja ☐
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	Nein ☐ Ja ☐	Nierenerkrankung	Nein ☐ Ja ☐
Herzinfarkt / Herzschwäche	Nein ☐ Ja ☐	Epilepsie	Nein ☐ Ja ☐
Schilddrüsenerkrankung	Nein ☐ Ja ☐	Tumorerkrankung	Nein ☐ Ja ☐
Lungenerkrankung/Asthma	Nein ☐ Ja ☐	Psychische Erkrankung	Nein ☐ Ja ☐ unklar ☐
Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)	Nein ☐ Ja ☐		

SIND HAUSBESUCHE ERFORDERLICH?

Nein ☐ Ja ☐ → wie oft?

WURDEN SIE SCHON MAL OPERIERT?

Ja ☐ → Eingriff

Jahr

Nein ☐

NEHMEN SIE REGELMÄßIG MEDIKAMENTE EIN?

Ja ☐ → welche

Nein ☐ (Kopie Medikamentenplan)

ALLGEMEINE GESUNDHEITSINFORMATIONEN

Liegt eine Schwangerschaft vor?	Nein ☐ Ja ☐	Wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung (Check-up 35)?
Rauchen Sie?	Nein ☐ Ja ☐	
Trinken Sie Alkohol?	Nein ☐ Ja ☐	Wann wurde die letzte Hautkrebs- Vorsorge durchgeführt?
Üben Sie regelmäßig Sport aus?	Nein ☐ Ja ☐	
Haben Sie einen kompletten Impfschutz?	Nein ☐ Ja ☐ ? ☐	
Größe	Gewicht	

In unserer Praxis versorgen wir unsere Patienten im Hausarztmodell. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis!

Ich bin bereit einen Vertrag mit der hausarztzentrierten Versorgung zu unterschreiben Ja ☐ Nein ☐