



► **Bitte wenden**

Sonstige Erkrankungen? nein / ja, folgende:

Bedrückt Sie etwas ernstlich (beruflich/privat/Partnerschaft) nein / ja, folgendes:

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes
 Krebserkrankungen Allergien Asthma / COPD Arthrose Migräne

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein / ja, folgende (mit Dosierung):

Uns interessiert, wie sie zu uns kamen/ Empfehlung durch:

- anderen Arzt Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

Name: Adresse:.....

Sind sie einverstanden, dass wir ggf. Untersuchungsbefunde von vorbehandelnden Ärzten anfordern ? ja / nein

Möchten Sie an Vorsorgetermine und anstehende Impfungen erinnert werden? ja / nein

Hier ist Platz für Anmerkungen, Ergänzungen und Wünsche:

Vielen Dank für ihre Mitwirkung!

Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt und an keine Dritten weitergegeben.

Ich versichere, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben:

.....
Datum

.....
Unterschrift