



Anmeldeformular Neupatienten

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Straße/Hausnummer: _____

Schwangerschaft: Ja Nein Raucher: Ja Nein

Tel Nr.: _____ E-Mail: _____

Allergien: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Letzte Vorsorgeuntersuchung: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Größe/Gewicht: _____

- *Dürfen wir Sie telefonisch über eingelangte Befunde informieren und Sie an allfällige Kontrolluntersuchungen erinnern?* Ja Nein

Medikamente: (Bitte auch z.B. die Pille oder frei verkäufliche Präparate):

Medikament (inkl mg)	Morgens	Mittags	Abends	Nacht

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose in der Vergangenheit | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Krampfanfall |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |

Wir sind stets bemüht, Ihnen den bestmöglichen Service und die bestmögliche Betreuung zukommen zu lassen. Daher bitten wir Sie, mit uns Termine zu vereinbaren.

Selbstverständlich können Sie im Notfall auch ohne Termin direkt die Sprechstunde aufsuchen.