
Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse mit PLZ: _____

Telefonnummer: _____ E-mail: (freiwillig) _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Bitte kreuzen Sie an

Hatten bzw. haben Sie **ansteckende Krankheiten** wie z.B. **Hepatitis** oder **Aids**, etc?

nein ja, welche? _____

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?

nein ja, welche? _____

Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten?

Myasthenia gravis Epilepsie Entzündliche Autoimmunerkrankung (z.B. entzündliches Rheuma, chronische Schilddrüsenentzündung) akute Infektionserkrankung Neigung zu wucherndem Narbengewebe oder Pigmentstörungen Gerinnungsstörungen Schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein?

nein ja, welche? _____

Bestehen Allergien oder sonstige Unverträglichkeiten (z.B. auf Medikamente)?

nein ja, welche? _____

Hatten Sie innerhalb der letzten Wochen eine Impfung?

nein ja _____

Könnte eine Schwangerschaft bestehen?

nein ja _____

Wer / was hat Sie auf unsere Praxis aufmerksam gemacht?
