Verw.
(1. Grades)

	ja	nein	
Bandscheibenvorfall	☐	☐	☐
Gerinnungsstörungen	☐	☐	☐
Lungenembolie	☐	☐	☐
Durchblutungsstörungen	☐	☐	☐
Gicht	☐	☐	☐
Magenschleimhautentzündungen / Magengeschwüre	☐	☐	☐
neurolog. Erkrankungen (z. Bsp. MS, M. Parkinson)	☐	☐	☐
Infektionen (z. Bsp. HIV, Hepatitis, Gürtelrose)	☐	☐	☐
Herzerkrankungen	☐	☐	☐
☐ Sonstiges:			

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche Operation + Zeitpunkt:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, Medikament + Art + Dosierung:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch niedergelassene Ärzte (Kassenarzt)
- durch Bekannte / Verwandte
- durch das Internet
- durch Flyer
- durch einen AOK-Mitarbeiter / Kundenberater
- Sonstiges

NUR FÜR FRAUEN

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja nein vielleicht

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter