

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um eine erfolgreiche Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, die unten aufgeführten Fragen so gut wie möglich zu beantworten.

Vielen Dank!

Patient: _____
 Name _____ Vorname _____ geb. _____

Versicherter: _____
 Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift: _____
 Straße _____ Nr. _____ Telefon _____
 Postleitzahl _____ Wohnort _____

Krankenkasse: _____

Was ist der Grund für Ihren Arztbesuch? _____

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herz): _____

wenn ja, welche: _____

Auffällige Befunde von früheren Untersuchungen:

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, Aids usw.): _____

Operationen, wenn ja, welche? _____

Arzneimittelüberempfindlichkeit: _____

Herzschrittmacher: JA NEIN

Schwangerschaft: JA (wenn ja, welcher Monat) NEIN

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein: JA NEIN

wenn ja, welche:

Gewicht: _____
 (wird vom Personal ausgefüllt)

Größe: _____

Blutdruck: _____