

Fragebogen für neue Patienten

VORNAME *

NACHNAME *

GEBOREN *

BERUF *

ADRESSE *

WOHNORT *

KRANKENKASSE *

E-MAIL *

FESTNETZ

MOBILNUMMER *

Für die Eltern

Weitere Ärzte

Grund für Ihren Besuch

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hausärztliche Betreuung | <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> Impfung | <input type="checkbox"/> Kindervorsorgeuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebs-Screening | <input type="checkbox"/> Akute Beschwerden |

Vorbestehende Krankheiten

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung der Blutgefäße | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin) |
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Migräne bzw. Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Nieren / Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Stattgehabter Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Stressbelastungen / seelische Probleme | <input type="checkbox"/> Sonstige (im nächsten Feld) |

Sonstige Erkrankungen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn JA, welche? Bei NEIN - leer lassen.

Leiden Sie an Allergien? Wenn JA, welche sind das? Bei NEIN - leer lassen.

Welche größeren Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt? Wenn JA, welche? Bei NEIN - leer lassen.

Sind bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? Wenn JA, welche? Bei NEIN - leer lassen.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? *

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Arzt / Überweiser | <input type="radio"/> Private Empfehlung |
| <input type="radio"/> Internet | <input type="radio"/> Sonstiges |

DSGVO-Einverständnis *

- Ich willige ein, dass diese Website meine übermittelten Informationen speichert, sodass meine Anfrage beantwortet werden kann.

Ihre Unterschrift entweder mit der Maus am PC oder mit dem Finger bei mobilen Geräten