





Erstvorstellung

Name		Geburtsdatum	
Vorname		Krankenkasse	
PLZ, Wohnort		Telefon privat	
Straße / Nr.		Telefon mobil	
Beruf		E-Mail	
Hausarzt		In (Stadt)	

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja, nämlich folgende: 

1.	3.	5.
2.	4.	6.

Sind Sie operiert worden, waren Sie im Krankenhaus oder in einer Reha? nein ja, nämlich: 

1.	3.	5.
2.	4.	6.

Haben Sie Allergien? nein ja, Allergie(n) gegen: 

1.	2.	3.
----	----	----

Besteht eine Erkrankung der folgenden Organe?

Herz	ja	nein	Lunge	ja	nein	Bewegungsapparat	ja	nein	Blut	ja	nein
Niere	ja	nein	Leber	ja	nein	Magen/Darm	ja	nein	Augen/Ohren	ja	nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? nein ja

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internetsuche	Hausarzt	Facharzt
Webpage	Sonstiges, nämlich:	
Instagram	Empfehlung von:	

 Bitte ankreuzen: Ich bin mit einer elektronischen Übermittlung der Untersuchungsergebnisse

<input type="checkbox"/> an meinen Hausarzt einverstanden	<input type="checkbox"/> an den überweisenden Arzt einverstanden	<input type="checkbox"/> nicht einverstanden
---	--	--

Datum/Unterschrift