

Patientenbogen

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Familienstand: _____ E-Mail: _____

Kinder (Anzahl/Alter): _____

Beruf: _____

Alter: _____

Rauchen: nein gelegentlich regelmäßig

Alkohol: nein gelegentlich regelmäßig

Allergien: _____

Operationen (welche/wann): _____

Chronische Erkrankungen: _____

Dauermedikation:	Medikament	Dosierung
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Sonstige Medikamente: _____

Medikamentenunverträglichkeit: _____

Penicillinallergie: nein ja

Letzte Auffrischungsimpfung (Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten, Kinderlähmung,...)
(Monat/Jahr) _____

Besteht Interesse an einer Vorsorgeuntersuchung (inkl. Blutabnahme, Nachbesprechung
und gratis Fitnesscheck) ? nein ja

Haben Sie eine Zusatzversicherung (wenn ja, welche Versicherung?)

Besondere Fragen oder Anliegen: _____