

Patienten Erhebungsbogen

Liebe Patientinnen und Patienten,

um einen besseren Behandlungserfolg für Sie zu gewährleisten, ist es für uns wichtig, Ihre Krankenvorgeschichte zu kennen.

Wir bitten Sie deshalb um Ihre Mithilfe. Beantworten Sie uns folgende Fragen nach bestem Wissen.

Name: _____ **Vorname:** _____

Geb.datum: _____ **E-Mail:** _____

Adresse: _____

Telefon Festnetz: _____ **Handy:** _____

➤ **Wichtige frühere Erkrankungen / Kinderkrankheiten / Unfälle / Operationen / Allergien:**

➤ **Medikamente die Sie derzeit einnehmen:**

➤ **Letzte Gesundheitsuntersuchung (Check ab 35 Jahren)** _____

➤ **Sind Ihre Impfungen auf dem neuesten Stand?** Ja
(Tetanus / Diphtherie / FSME (Zeckenimpfung) / Keuchhusten / Nein
Mumps-Masern-Röteln / Hepatitis A und B / Grippe etc.) Weiß ich nicht

➤ **Sind Sie Raucher?** Ja wie viel? _____ Nein

Wünschen Sie in Zukunft an Ihre Vorsorgeuntersuchungen / Impftermine etc. erinnert zu werden?

Ja (per Post oder per E-mail)

Nein

Datum

Unterschrift