

## Patientenfragebogen

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name/Ort) \_\_\_\_\_

Sind sie damit einverstanden,  
dass wir Ihren Hausarzt in schriftlicher Form informieren? Ja  Nein

Berufsstatus:  arbeitssuchend  arbeitstätig  Rentner  
 aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Bekannte Allergien: \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikamente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Frühere Operationen:  
\_\_\_\_\_

Chronische Erkrankung:  
\_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, meine E-Mail-Adresse/Telefonnummer o.g. Praxis für Informationszwecke freiwillig zur Verfügung zu stellen und verpflichte mich Änderungen meiner Angaben der Praxis mitzuteilen:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_