

Welche Arzneimittel nehmen Sie derzeit ein?					
	Ja	Nein		Ja	Nein
Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlafmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychopharmaka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruckmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkältungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffwechselformen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Naturheilmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere:					

Bei welchen Ärzten sind Sie derzeit in Behandlung?					
	Ja	Nein		Ja	Nein
Zahnarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H/N/O-Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frauenarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Urologe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopäde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Augenarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allgemeinarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heilpraktiker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurologe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere:					

Welche Operationen / Krankenhausaufenthalte hatten Sie?	
Grund:	Jahr: _____ <input type="radio"/> OP
Grund:	Jahr: _____ <input type="radio"/> OP
Grund:	Jahr: _____ <input type="radio"/> OP

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?			
Familienangehörige	<input type="radio"/>	Arbeitskollegen	<input type="radio"/>
Bekannte / Nachbarn	<input type="radio"/>	anderer Arzt	<input type="radio"/>
Therapeut	<input type="radio"/>	Telefonbuch	<input type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>	Praxisschild	<input type="radio"/>
Anderes:			

Welche Vorerkrankungen haben / hatten Sie?					
	Ja	Nein		Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz-Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lunge/Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atemwege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutzucker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magen/Darm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelenke/Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BCG-Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fettstoffwechsel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psyche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anfallsleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere:					

Welche Anmerkungen möchte Sie noch machen?

Ich bin einverstanden, von der Praxis per SMS oder eMail über Befunde und Praxisleistungen informiert zu werden.

Datum Unterschrift
Bei eMail-Übertragung diesen Bereich nicht ausfüllen.