



Liebe Patientin / Lieber Patient,

Für eine erfolgreiche Behandlung ist es für uns wichtig, Ihre Krankengeschichte möglichst genau zu kennen.
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich. Vielen Dank!

Vorname: _____
Nachname: _____
Strasse: _____ Nr.: _____
Wohnort: _____ PLZ: _____
Telefon Tag: _____ Größe: _____
Telefon Abend: _____ Gewicht: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____ Rauchen Sie? Ja Nein
Krankenkasse: _____

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente? Wenn ja welche? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja welche und wie häufig? Ja Nein

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus oder wurden Sie operiert? Wenn ja warum und woran? Ja Nein

Können Sie sich an auffällige Befunde von früheren Untersuchungen erinnern? Wenn ja welche? Ja Nein

Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen bekannt? Wenn ja welche? Ja Nein

Unterschrift

Stadt / Datum