

Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	m <input type="checkbox"/> , w <input type="checkbox"/> , d <input type="checkbox"/>
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ:	Ort:
Mail:	
Fon:	Handy:
Beruf:	
bisheriger Hausarzt:	
Größe:	Gewicht:
Schwerbehinderung: GdB:	Merkzeichen:
Befreiung: liegt vor <input type="checkbox"/> , liegt nicht vor: <input type="checkbox"/>	Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> , 2 <input type="checkbox"/> , 3 <input type="checkbox"/> , 4 <input type="checkbox"/> , 5 <input type="checkbox"/>

Bei Änderungen vergessen Sie uns bitte nicht, diese mitzuteilen.

Sind Sie in ein Hausarztprogramm („HZV“) eingeschrieben? ja , nein   
(Wichtig: Wenn Sie sich in einer Hausarztpraxis eingeschrieben haben, müssen Sie den Vertrag bei uns umschreiben lassen oder erst kündigen, bevor Sie sich bei uns anmelden können!)

Oder haben Sie Interesse? ja , nein

Sie helfen uns damit, die Versorgung aufrecht zu erhalten.

Medizinische Vorgeschichte:

Rauchen Sie? aktuell: ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/> ; früher: ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten (insbesondere gegenüber Arzneimittel)?
Haben Sie chronische Krankheiten, körperliche oder psychische Beschwerden? Was? Seit wann?
Hatten Sie Operationen? Was? Wann?
Haben Sie Implantate wie Herzschrittmacher oder Gelenkersatz? Was? Seit wann?
Ihre Medikamente (Wirkstoff und Wirkstärke / Einnahme), alternativ Ihren Medikamentenplan z.B. L-Thyroxin 100µg 1-0-0

Bitte bringen Sie zu allen noch bestehenden Erkrankungen Ihre bisherigen Arztberichte/  
Untersuchungsbefunde mit.

Vielen Dank für Ihre Angaben! Diese dienen Ihrem sicheren und reibungslosen Behandlungsablauf.