

ERHEBUNGSBOGEN PATIENTEN



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.

PERSÖNLICHES

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer, E-Mail

Beruf

GESUNDHEITLICHES

Leiden Sie an Allergien? Ja Nein

Falls ja, welche?

Wichtige frühere Erkrankungen/Kinderkrankheiten/
Unfälle/Operationen/Erkrankungen der Eltern: _____

Medikamente, die Sie derzeit einnehmen: _____

Letzte Gesundheitsuntersuchung: _____

Sind Ihre Impfungen auf dem neuesten Stand?
(Tetanus / Diphtherie / FSME (Zeckenimpfung) /
Keuchhusten / Mumps-Masern-Röteln / Hepatitis A
und B / Grippe etc.)

Ja Nein Weiß ich nicht

Bitte nehmen Sie ihren Impfausweis mit!

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Beschreiben Sie Ihren Nikotinkonsum

Ort, Datum

Unterschrift