

Fragebogen zur Erfassung persönlicher Informationen des Patienten

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder wahrheitsgemäß und mit bestem Gewissen aus.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____

Mobiltelefon-Nr.: _____

Email-Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

Hausarzt: _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (ggf. Medikamentenplan mitbringen)?

Besteht eine Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Medikamenten?

Für die Ergebnisse meiner Untersuchung wünsche ich

einen Arztbrief an den Überweisungsarzt.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient)