



die ordination

PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

LIEBE PATIENTEN,  icht willkommen!

FAMILIENNAME(N):		VORNAME(N):	
Titel:		Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	
Geburtsdatum:		Sozialversicherungs-Nr.: Nur bei fehlender E-Card!	
Straße / Platz:			
PLZ / Ort:			
Telefon Nr.:			
E-Mail: _____ @ _____			
Name des Hausarztes, falls nicht Dr. Anastassova:			
Ich möchte Informationen per E-Mail über Veranstaltungen, Angebote und Erinnerungen			
		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie BLUTHOCHDRUCK?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht
Haben Sie DIABETES?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie eine MEDIKAMENTEN-UNVERTRÄGLICHKEIT?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
Leiden Sie an chronischen ATEMWEGSERKRANKUNGEN?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Asthma
Leiden Sie an chronischen GELENKSBSCHWERDEN?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Leiden Sie an chronischen INFEKTIONKRANKHEITEN?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
RAUCHEN Sie?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie viele /Tag:
		Seit wann?	
Trinken Sie ALKOHOL?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie schon einmal eine VORSORGEUNTERSUCHUNG?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann:
		<input type="checkbox"/> ich möchte eine Vorsorgeuntersuchung machen	

Bitte geben Sie auf der Rückseite Medikamente an, die Sie dauerhaft einnehmen!



die ordination

PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Ich nehme regelmäßig folgende MEDIKAMENTE:

Medikament (mit Stärke)	Einnahmefrequenz („morgen, mittags, abends, nachts“)	WARUM nehmen Sie dieses Medikament? / Indikation
Datum:	Unterschrift	