



die ordination

PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

LIEBE PATIENTEN,  lich 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:				
Körpergröße		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Körpergewicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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 GELENKSBESCHWERDEN?		<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	