



Persönliche Daten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

Adresse

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

Beruf

Geschlecht

Größe

Gewicht



Medizinische Daten

1. Vorheriger Hausarzt

2. Medikamente: Bitte nennen Sie hier den Namen der Medikamente und wie Sie diese einnehmen

3. Vorerkrankungen und Dauerdiagnosen

- | | | |
|--|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Krebs | | |

Andere:



4. Liegen folgende Diagnosen vor:

- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Thrombose
- Lungenembolie

Bitte schreiben Sie uns auf welche der aufgelisteten Ereignisse Sie erlebt haben und das Datum wann dies geschah:

5. Allergien gegen verschiedene Medikamente oder auch Heuschnupfen



6. Haben Sie einen **Herzschrittmacher**?

- Ja Nein

7. Haben Sie **Metall** im Körper?

- Ja Nein

8. Sind Sie zur Zeit **schwanger**?

- Ja Nein

9. Hatten Sie schon einmal eine OP?

Bitte schreiben Sie uns auf, um was für eine Art OP es sich
gehandelt hat und das Datum von der OP

10. Bestehen nach der OP noch **Beschwerden**?



11. Sind Sie momentan in einer **Behandlung**?

(z.B.: Desensibilisierung, Chemo Therapie, Hormontherapie,
DMP-Programm etc.)

Unterschrift

Datum

Ärztezentrum Hochrhein

Hauptstrasse 54

79730 Murg

E-Mail: mail@aerztezentrum-hochrhein.de

Tel: 0049 (0) 7763 92060

Fax: 07763 920619

www.aerztezentrum-hochrhein.de