Patienten- Registrierungsformular

Name .....

Geburtsdatum ….....

Adresse .....

.....

Telefon privat .....

mobil .....

Email ….....

Hausarzt (Name und

Adresse) ….....

Wie haben Sie von mir

erfahren ? .....

Gesundheitsfragebogen

1. Leiden Sie unter Herzproblemen Wenn Ja, Details angeben JA/Nein
2. Haben Sie hohen/ niedrigen Blutdruck Wenn Ja, Details angeben JA/Nein
3. Ist bei Ihnen Epilepsie diagnostiziert ? Wenn Ja, Details angeben JA/Nein
4. Sind Sie schwanger ? Wenn ja, in welcher Woche JA/Nein
5. Hatten Sie Komplikationen während/ mit Ihrer Schwangerschaft ? JA/Nein
Wenn ja, machen Sie nähere Angaben
6. Haben Sie irgendwelche derzeitigen Verletzungen oder Operationen ? JA/Nein
Wenn ja, machen Sie nähere Angaben
7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ? JA/Nein

8. Kreuzen Sie an, wenn irgendwelche der folgenden Gesundheitszustände bei Ihnen diagnostiziert worden oder wegen denen Sie Behandlung erfahren

Asthma	Artritis	Schlaganfall	Diabetis
Depression	Bronchitis	Krebs	Dermatitis

Datum Unterschrift

…..... ….....