

## Patientenbogen:

- bitte vor Ihrem ersten Termin ausgefüllt mitbringen oder an die Praxis schicken -

Frau  Herr

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Behandlungswunsch / Beschwerden:

---

---

---

Bekannte Diagnosen:

---

Leiden Sie an:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herz-Kreislaufbeschwerden | <input type="radio"/> Nachtschweiß                              |
| <input type="radio"/> Diabetes                  | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung                    |
| <input type="radio"/> Rheuma                    | <input type="radio"/> ungewollter Gewichtszunahme oder -abnahme |
| <input type="radio"/> Stress / Burnout          | <input type="radio"/> Schlafstörungen                           |

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Haben Sie Krebs oder hatten Sie eine Krebsdiagnose? Wenn ja, in welchem Organ?

---

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

---

Bekannte Allergien / Unverträglichkeiten?

---

Häufige Erkrankungen in der Familie:

---

Sie kommen auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

JA, ich möchte den Newsletter abonnieren, um über Neuigkeiten und Angebote informiert zu werden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum