

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