

---

Name Vorname

---

Strasse Wohnort

---

Geburtsdatum Telefon

---

Emailadresse Aktueller Job

---

Krankenkasse Krankenkasse Zusatzversicherung

---

Hausarzt Nummer im Notfall (Partner, Freundin)

1. Was ist deine momentanen Beschwerden, weswegen kommst du zu mir?

---

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

---

3. Welche Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Blinddarm  Mandeln  Künstliche Gelenke  Organtransplantation  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

4. Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

- Heuschnupfen  Tierhaare  Hausstaub  Hautcreme/Ätherische Öle  
 Pollen  Milben  Medikamente (z.B. Aspirin)  
 Metalle  Nahrungsmittel, bitte nennen: \_\_\_\_\_  
 Sonstige Allergien, bitte nennen: \_\_\_\_\_

5. Bist du wegen einer Erkrankung in Ärztlicher Behandlung?

---

6. Welche Medikamente nimmst du derzeit ein?

---

- Du bestätigst alle Änderungen deines Gesundheitszustandes oder die Einnahme von Medikamenten selbständig mitzuteilen.  
 Du akzeptierst die Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Datum, Unterschrift

---