

Anamnese

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____

Mobiltelefon: _____

Email: _____

Hausarzt: _____

Weitere Ärzte: _____

Soll Arztbrief erhalten?

Ja ___ Nein ___

Ja ___ Nein ___

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

Notfallkontaktperson Name: _____

Telefon: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

Ja Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Ja Nein

Gibt es Vorbefunde von anderen Ärzten oder CT/MRT - Bilder?

Halten Sie diese bitte für den Arzttermin bereit!

Ich habe das Merkblatt - *Patienteninformation zum Datenschutz*- zur Kenntnisgenommen.

Pinneberg, den _____

Unterschrift _____