

Name, Vorname:	Hausarzt (bitte mit Ort)
Geburtsdatum:	

Bitte geben Sie ein Stichwort/Passwort an, damit Sie Ihre Befunde telefonisch sowie per E-Mail abfragen können.

Stichwort/Passwort: _____

E-Mail-Adresse + Telefonnummer: _____

1	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Ja Nein	Name der Medikamente:
2	Wurden Sie schon mal operiert?	Ja Nein	An welchen Organen und warum?
3	Besteht eine Allergie/Überempfindlichkeit? (Heuschnupfen, Medikamente etc.)	Ja Nein	Wenn ja, welche?
4	Bestehen Erkrankungen des Herzkreislauf- und Gefäßsystems?	Ja Nein	Wenn ja, welche?
5	Leiden Sie an einer Stoffwechselerkrankung? (Diabetes, Blutfette, Gicht o.ä.)	Ja Nein	Wenn ja, welche?
6	Besteht eine Erkrankung der Lunge?	Ja Nein	Wenn ja, welche?
7	Besteht eine Erkrankung der Leber und Galle?	Ja Nein	Wenn ja, welche?
8	Besteht eine Erkrankung der Schilddrüse?	Ja Nein	Wenn ja, welche?
9	Besteht eine Erkrankung der Niere oder der Harnwege?	Ja Nein	Wenn ja, welche?
10	Besteht eine Erkrankung der Geschlechtsorgane? (Prostata, Gebärmutter, Eierstöcke)	Ja Nein	Wenn ja, welche?
11	Besteht eine weiter bisher nicht genannte Erkrankung?	Ja Nein	Wenn ja, welche?
12	Bestehen weitere Erkrankungen in Ihrer Familie?	Ja Nein	Wenn ja, welche?

Wir klären Sie auf, dass wenn Sie Ihren Termin nicht 24 Stunden vorher absagen, eine Ausfallrechnung erhalten, die nach GOÄ berechnet wird und dem entgangenen Honorar entspricht.

Unterschrift und Datum: _____