



▼ Name Patient	▼ geboren
.....
▼ Name Hauptversicherter	▼ geboren
.....
▼ Anschrift: PLZ/Ort	▼ Straße/Hausnummer
.....
▼ E-Mail	▼ Telefon mobil
.....
▼ Telefon privat	▼ Krankenkasse
.....
▼ Beruf	▼ Arbeitgeber/Schule/Dienststelle
.....

Sind Sie arbeitslos/arbeitssuchend?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
War es ein Unfall/Arbeitsunfall/ Schulunfall/Wegeunfall?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie von der Zuzahlung bei Arzneimitteln befreit?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hausarzt:	

▼ Welche Beschwerden führen Sie aktuell zum Arzt (wo, akut, chronisch, seit wann)?
.....

▼ Wann und weswegen war Ihre letzte Röntgen-CT-MRT-Untersuchung?
.....

▼ Besitzen Sie orthopädische Hilfsmittel (Bandagen, Einlagen, orthopädische Schuhe, Gehhilfen)? Wenn ja - welche?
.....

▼ Eigene Erkrankungen mit Jahresangabe (OP, Krankenhaus, Kuren, Unfälle)
.....

▼ Nehmen Sie Medikamente? Spritzen? Blutverdünner? Wenn ja - welche?
.....

▼ Haben Sie Allergien? Wenn ja - welche?
.....

▼ Stehen Sie bei anderen Ärzten wegen diesen Beschwerden in Behandlung? Wenn ja - bei welchen?
.....

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass gemäß §73 Abs. 1b SGB V die Behandlungsdaten dem angegebenen Hausarzt und anderen mitbehandelnden Ärzten übermittelt werden. ja nein

Körpergröße: Gewicht:

Erfurt, den Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten: