



Erstvorstellung

Name		Geburtsdatum	
Vorname		Krankenkasse	
Straße, Nr.		Tel. Privat	
PLZ, Wohnort		Tel. mobil	
Beruf		E-Mail	
Hausarzt		Praxisort	

Medikamente: Bitte bringen Sie Ihren Medikationsplan mit oder tragen Sie hier ein :			
Name	Dosierung	Name	Dosierung
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie einnehmen, auch frei verkäufliche.
Falls der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein Zusatzblatt.

Bestehen folgende Erkrankungen oder Risiken? Wenn ja, tragen Sie bitte ein	
Allergien	
Herzschrittmacher	
Operationen	
Schwangerschaft	
Chronische Erkrankungen Herz/Niere/Lunge/Leber/Blut Diabetes	

Bitte ankreuzen: Ich bin mit der elektronischen Übermittlung der Untersuchungsergebnisse

- ☐ an meinen Hausarzt einverstanden
☐ an den überweisenden Arzt einverstanden
☐ nicht einverstanden

Datum/Unterschrift
