

Liebe Patientinnen und Patienten,

um Ihre Behandlung zu verbessern, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Sollten Sie noch Dokumente oder Arztbriefe zu wichtigen Vorerkrankungen besitzen, bringen Sie diese am besten bei Ihrem Besuch mit. Vielen Dank!

Name: _____

Telefon/ Mobil: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Ausgeübter Beruf/ Tätigkeit: _____

Regelmässig eingenommene Medikamente:

Präparat mit Dosierung	Morgens	Mittags	Abends

Bekannte Erkrankungen/ wichtige Operationen

(z.B. Schilddrüse, Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Herzinfarkt, hohes Cholesterin etc.)

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Wenn ja, welche? _____

Befinden Sie sich aktuell in weiterer medizinischer Behandlung?

(z.B. Orthopädie, Diabetologe, Psychotherapie, auch Alternative Heilmethoden)

Wenn ja, weswegen? _____
