

Formular

Fragebogen Allgemein

Nummer: FO-23766 Gültig ab: Gültig ab

Name/Patient	[BLOCKSCHRIFT]	Vorname	Geburtsdatum
--------------	----------------	---------	--------------

Überweisung durch:

Wie können wir Sie kontaktieren?

Telefon:

E-Mail:

Handy:

Ich bin einverstanden, dass bei Bedarf meine alten Befunde von anderen Ärzten angefordert werden:

☐ Nein☐ JaWie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? ☐ Internet ☐ Empfehlung anderer Ärzte ☐ Private Empfehlung

Grund der Vorstellung:

Vorerkrankungen/Operationen:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ☐ Nein ☐ Ja, Falls ja, welche _____Ist in der Familie ein Diabetes bekannt? ☐ Nein ☐ JaBei Frauen: Ist Ihre Periode regelmäßig? ☐ Nein ☐ Ja

Welcher Zyklustag ist heute? _____

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja, _____ Zigaretten pro Tag

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag? : _____

Datum / Unterschrift Patient/-in /Eltern