

## Patientenbogen

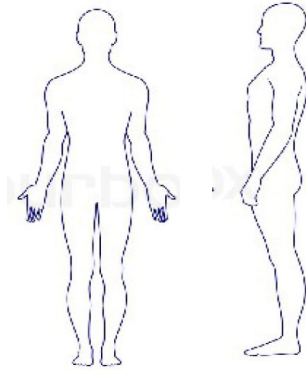
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Versicherung  privat  gesetzlich  Beihilfe Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_

Aktuelle Beschwerden und wo treten sie auf? (gegebenfalls bitte Skizze benutzen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann bestehen diese und gab es einen Ihnen bekannten Auslöser?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### Fragen zu Erkrankungen/Krankheiten:

Hatten Sie Operationen? (Wann?) \_\_\_\_\_

Hatten Sie Unfälle/Brüche? (Wann?) \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an?  Bluthochdruck  Herzerkrankungen  
 Osteoporose  Rheuma  
Wieviel trinken Sie ungefähr  Zeckenstich  Diabetes  
 Allergien, wenn ja welche \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  nein  ja wie viele pro Tag \_\_\_\_\_

Wieviel trinken Sie ungefähr am Tag? (Was?) \_\_\_\_\_

Was unternehmen Sie, um Ihre Gesundheit zu erhalten? (z.B. Sport o.ä.) \_\_\_\_\_

Was ist Ihr Wunsch oder Ihr Anliegen an mich, Ihr Ziel der Behandlung?  
\_\_\_\_\_

Mit der Speicherung meiner Daten zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung bin ich einverstanden.

Ich weise freundlich darauf hin, dass Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, von mir in Rechnung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift