

Liebe(r) Erstpazientin/Erstpatient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen und betreuen zu dürfen und bitten Sie nachfolgend um Ihre aktive Mithilfe, Sie individuell und optimal versorgen zu können!

Ihr Name:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	
Ihre Adresse:	
Telefon-Nummer:	
Email-Adresse:	
Dienstgeber:	
Hausärztin/Hausarzt:	

Medikamente:

Name des Medikaments	Dosis (mg)	Früh	Mittags	Abends	Nachts

Nebenwirkungen/Allergien:

Hatten Sie Nebenwirkungen oder Allergien auf bestimmte Medikamente? Welche? Bitte anführen:

JA	VIELLEICHT	NEIN

Nahrungsmittelunverträglichkeiten (bitte ankreuzen):

Bestehen bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

JA	VIELLEICHT	NEIN
-----------	-------------------	-------------

Besteht Interesse an Zusatzleistungen?

JA	VIELLEICHT	NEIN
-----------	-------------------	-------------

Sind Sie Diabetiker Typ II (bitte ankreuzen)?:

JA	NEIN
-----------	-------------

Auf uns aufmerksam geworden durch (bitte ankreuzen):

Hausärztin/Hausarzt	Fachärztin/Facharzt	Internet	Bekannte/Freunde	Beschilderung	Sonstiges
---------------------	---------------------	----------	------------------	---------------	-----------

Datum:Unterschrift:.....

Wir bitten um Verständnis, die Erhebung erfolgt in erster Linie in Ihrem Interesse! Ihr KrausMed-Team!