

## Patienten-Anmeldeformular

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Telefonnummer	
Straße		Beruf	
PLZ / Ort		Krankenkasse	

**Haben Sie ein konkretes Anliegen? Falls ja, dann formulieren Sie es bitte hier kurz.**

**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herzerkrankungen			Gefäßerkrankungen, z.B. erhöhter Blutdruck, Schlaganfall		
Erhöhte Cholesterinwerte			Psychische Erkrankungen, z.B. Depressionen		
Diabetes			Epilepsie		
Infektionserkrankungen, z.B. Hepatitis / HIV			Allergien		
Nierenerkrankungen			Rheuma		

**Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig ein?**

	Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Anmerkung
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
1						
0						

**Gibt es Medikamente oder andere Stoffe (Nahrungsmittel, Schmuck, Jod, oder Ähnliches) die Sie nicht vertragen? Wenn ja, welche?**

**Denken Sie bitte zur ersten Sprechstunde an Ihren Impfausweis!**

X X  
\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

Sprechzeiten:  
Mo 8 – 12 | 14 – 17 Uhr  
Di 8 – 12 Uhr  
Mi 8 – 15 Uhr  
Do 8 – 12 Uhr  
Fr 8 – 11 Uhr  
Blutabnahme nach Vereinbarung von 7 – 8 Uhr

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG  
IBAN: DE 42300606010105312884  
BIC DAAEDEDDXXX