

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		

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 DAAEDEDXXX

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig ein?

	Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Anmerkung
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

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 DAAEDEDXXX