

ANMELDEBOGEN Praxis Dr. Herold

Name : _____ » Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Email: _____

Beruf: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ m

Medikamente: _____

Inhalatoren/Sprays: _____

Allergien/Heuschnupfen (wenn ja, welche?)

Nichtraucher: Exraucher: seit _____ Jahren

Raucher: Zigaretten pro Tag: _____ seit _____ Jahren

Röntgen der Lunge: Wann und wo? _____

Vorerkrankungen/Operationen/Infektionskrankheiten: _____

Wie haben Sie zu uns gefunden? Hausarzt Telefonbuch
 Internet Familie/Freunde

Name vom Hausarzt: _____

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte bringen Sie zur Untersuchung Vorbefunde (Röntgen, Arztbriefe, Allergietest), Medikamentenliste und die Versichertenkarte mit.

Wiesbaden, den _____ Unterschrift _____