

**Liebe(r) Patient(in), wir bitten Sie, uns diesen Bogen möglichst vollständig auszufüllen.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mobiltel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Hausarzt+Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**KÜNFTIGE ÄNDERUNGEN WERDE ICH IHNEN UNVERZÜGLICH MITTEILEN**

Ich möchte an der Wiedereinbestellung zur Vorsorge teilnehmen:  JA  NEIN

Gerne würden wir ein Foto von Ihnen für unsere Kartei speichern:  JA  NEIN

**Ich komme zur:  Vorsorge  Nachsorge**  
 **wegen folgenden Beschwerden:**

\_\_\_\_\_

**Operationen:**  keine  folgende Operationen wurden vorgenommen:

\_\_\_\_\_

Erkrankungen:

<input type="checkbox"/> Herz	<input type="checkbox"/> Darm
<input type="checkbox"/> Blutdruck	<input type="checkbox"/> Schilddrüse
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Lunge / Asthma
<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Stoffwechsel (Gicht)
<input type="checkbox"/> Niere	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Nervenleiden	<input type="checkbox"/> Erektionsstörung

andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**Medikamente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**keine Allergie  Allergie gegen:** \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift: Meerbusch, den \_\_\_\_\_