



Allgemeine Angaben

Name		Vorname	
Straße		PLZ/Ort	
Geburtsdatum		Telefon	
Krankenkasse		Beruf	

Krankheiten, chronisch oder abgeheilt (bitte ankreuzen)

Ja Nein

Herzerkrankungen		
Nierenerkrankungen		
Kreislaufkrankungen (z.B. Blutdruck,...)		
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes)		
Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis)		
Epilepsie		

Allergien

Ja Nein

Wenn ja, bitte unten angeben		

Sonstige Erkrankungen

Ja Nein

Wenn ja, bitte unten angeben		

Unverträglichkeit von Medikamenten

Ja Nein

Wenn ja, bitte unten angeben		

Auf welche Art der Behandlung legen Sie besonderen Wert? (bitte ankreuzen)

Ja Nein

Allgemeinmedizin		
Psychotherapie		

Ort, Datum

Unterschrift