

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Mob: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Freizeit: \_\_\_\_\_

Wohnsituation: \_\_\_\_\_ alleinstehend(e) \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Zusatzvers/KK / \_\_\_\_\_ Unfall-Vers.: \_\_\_\_\_

Alkohol: ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Nikotin: ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_ HausartIn: \_\_\_\_\_

Grund des Besuches: _____	seit: _____
---------------------------	-------------

Beschwerden: \_\_\_\_\_

provoziert durch: \_\_\_\_\_

verbessert durch: \_\_\_\_\_

Andere Symptome: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikamente: \_\_\_\_\_

Langzeit Medikamente: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

**Narben: Wo?** \_\_\_\_\_

**Vorgeschichte:** \_\_\_\_\_

Unfälle: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Psyche: \_\_\_\_\_

Soziales: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_