

Anmeldeformular Praxis Djawad Tchenar

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Adresse:

Mobile: Festnetz: E-Mail:

Beruf: Zuhause:

Freizeit:

Familienstand: Alleinstehend Kinder:

HausarztIn: Wo? Tel.Nr.

Krankenkasse: Zusatzversicherung vorhanden? ja nein PrivatzahlerIn

Rückvergütung der Kosten bei Ihrer Krankenkasse abgeklärt? ja nein bitte vorgängig abklären

Unfall? ja Unfalldatum: Schaden-Nr.:

Ich rauche: nie früher aktuell <1 1 2 Packs/Tg bereits seit

Ich trinke Alkohol: nein ja gelegentlich Gläser pro Woche

Grösse: Gewicht:

Drogen: ja nein

Grund des Besuches:

(erscheint auf Versicherungsformular)

Kennen Sie Ihre Diagnose/n ja nein

Wurde es medizinisch abgeklärt? ja wann? nein

Wann ja, bitte aktuelle Berichte mitbringen oder an tchenar@praxis-turbenthal.ch senden

Hatten Sie schon mal diese Beschwerden gehabt? ja Wann? nein zum erste Mal

Beschwerden seit? Tagsüber nachts

Provoziert durch:

Verbessert durch:

Gibt es momentan Stress in Ihrem Leben? nein ja Was sind Ihre Strategien, damit umzugehen?

Welche Therapiemassnahmen schon durchgeführt?

Andere Symptome?

Schlafqualität: wieviel Schlaf brauchen Sie Stunden sind Sie morgens erholt ja selten nie

Medikamente?

Langzeitmedikamente selbstgekauft?

Operationen? ja wann? keine

Narben? ja wo? Kaiserschnitt keine

Nehmen Sie Antidepressiva? ja seit: nein

Allergien? ja welche? keine

Krebserkrankungen? ja Chemotherapie Bestrahlung keine

Andere Erkrankungen? keine

Gibt es, was ich noch wissen sollte?

Bemerkungen:

Datum: Unterschrift: