DR. MED. PETER STEINKAMP
FACHARZT FÜR
ALLGEMEINMEDIZIN
CHIROTHERAPIE
AKUPUNKTUR
VERKEHRSMEDIZIN
KINESIOTAPING

ANMELDEFORMULAR

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie sind das erste Mal Patient in unserer Praxis. Daher bitten wir Sie, uns dieses Formular auszufüllen und uns einige Fragen zu beantworten. Vielen Dank!

Titel _____ Vorname _____ Name _____

Telefon _____ Handy _____ Beruf _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

ja / nein

☐ ☐ Haben Sie Vorerkrankungen? Wenn ja, welche: _____

☐ ☐ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche: _____

☐ ☐ Haben Sie Unverträglichkeiten auf Medikamente oder Konservierungsstoffe?

Wenn ja, welche: _____

☐ ☐ Nehmen Sie nichtrezeptpflichtige Mittel (Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Enzyme, Schmerzmittel, Mineralsalze, Salben...)? _____

☐ ☐ Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche: _____

Wie haben Sie reagiert? ☐ Ausschlag ☐ Juckreiz ☐ Luftnot ☐ Schock

☐ ☐ Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, wann und weshalb?

☐ ☐ Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

☐ ☐ Sind Sie Ex-Raucher? Wenn ja, seit wann (Monat/Jahr): _____

Zum Schluss ein Bitte: Teilen Sie uns bitte Ihren ersten Eindruck von unserer Praxis mit: Wie war der Empfang? Wirkt die Praxis sauber auf Sie? Wie haben Sie von uns erfahren?

Auch in Zukunft sind wir immer an Ihrer Meinung interessiert!
Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit im Interesse Ihrer Gesundheit!

Ihr Praxisteam
Dr. Peter Steinkamp