

Fallersleber Str. 41
38100 Braunschweig
E-Mail: dr-med-tarmassi@t-online.de



☎0531/240 77 00
Fax:0531/ 2407702
Internet: <http://www.dr-med-tarmassi.de>

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Liebe/r Patient/in,

um Ihr Krankheitsbild besser kennen zu lernen, benötigen wir einige Informationen.
Bitte füllen Sie den Bogen aus bzw. kreuzen Sie das dementsprechende Feld an.

1. Haben Sie Vorbefunde (Facharztberichte, Blutwerte o.ä.) mit? Ja / Nein
(Bitte mit an der Anmeldung abgeben!)
2. Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei Ihrem Hausarzt in Behandlung?
3. Was haben Sie jetzt für Beschwerden? Warum suchen Sie unsere Praxis auf?
4. Bestehen irgendwelche Vorerkrankungen?
5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? Warum?
6. Haben Sie Narben am Körper? Sind Sie schon einmal operiert worden?
7. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Welche?
8. Haben Sie ihren Impfausweis dabei? Ja / Nein (Bitte an der Anmeldung abgeben)
9. Sind alle Impfungen noch aktuell? Ja / Nein / nicht bekannt

Fallersleber Str. 41
38100 Braunschweig
E-Mail: dr-med-tarmassi@t-online.de



☎0531/240 77 00
Fax:0531/ 2407702
Internet: <http://www.dr-med-tarmassi.de>

10. Leidet Ihre Mutter, Vater, Kinder, Geschwister, Oma oder Opa,...irgendwelchen Erkrankungen? Wer? Welche?

11. Rauchen Sie? Wie viel?

12. Wie viel Tassen Kaffee oder schwarzen Tee trinken Sie?

13. Trinken Sie Alkohol? Wie viel?

14. Haben Sie oft kalte Füße bzw. Hände, schwere Beine bzw. Schmerzen beim Gehen oder Luftnot beim Treppensteigen? (Durchblutungsstörungen)

15. Haben Sie oft geschwollene Beine oder Krampfadern?

16. Haben Sie Stress? Ja/Nein

17. Bewegen Sie sich regelmäßig? Ja / Nein

Nicht vom Patienten auszufüllen:

RR:

cm:

kg: