

<b>Name:</b>	Vorname, Nachname <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Versicherung:</b>	SV-Nummer: <input type="checkbox"/> ÖGK, <input type="checkbox"/> SVS, <input type="checkbox"/> KFA, <input type="checkbox"/> BVAEB <input type="checkbox"/> Privatversicherung
<b>Wohnadresse:</b>	Straße, Hausnr., PLZ, Ort
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>eMail-Adresse:</b>	
<b>Hausarzt:</b>	

### MEDIKAMENTEN-LISTE:

Medikament	Dosierung (mg, etc.)	Morgen	Mittag	Abend
<i>Beispiel: Pantoloc</i>	<i>40mg</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Sollte der Platz nicht ausreichend sein, bitte auf der Rückseite weiterschreiben.

### Allergien:

**Bitte kreuzen Sie an, welche Punkte auf Sie zutreffen:**

Nikotin  Alkohol

<input type="checkbox"/> Hatte jemand in der Familie einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> Vater/Mutter	<input type="checkbox"/> Geschwister
<input type="checkbox"/> Hatte Jemand in der Familie einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> Vater/Mutter	<input type="checkbox"/> Geschwister

- Bluthochdruck     Zuckerkrankheit     hohe Blutfette
- Atemnot im Liegen     Atemnot bei Anstrengung     COPD     Asthma
- Herzstolpern     Husten bei Anstrengung     Ohrensausen     Schnarchen
- Beinschmerzen     Schlafstörungen

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

persönliche Empfehlung  Homepage  Google-Maps