



**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtstag:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

**Straße/Nr.:** \_\_\_\_\_

**PLZ:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Selbstzahler:** ja  nein  **Private Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Akt. Beschwerden und Vorgeschichte der Beschwerden:**

**Vorerkrankungen / Operationen / Trauma / Unfall, etc.:**

**Aktuelle Medikation:**

**Familienstand:** ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

**Anzahl der Kinder und Alter:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Erholungspausen** (Zeit für sich selbst): nie  gelegentlich  häufig

**Schlaf:** Stunden: \_\_\_\_\_ unauffällig  Durchschlafstörung  Einschlafstörung

**Essverhalten:** unauffällig  gemindert  vermehrt

**Trinkmenge:** weniger 1 L  1-2 L  mehr als 2 L

**Miktion/Wasserlassen:** unauffällig  vermindert  vermehrt

**Stuhlverhalten:** unauffällig  vermehrt  Verstopfungsneigung

Durchfallneigung

**Nichtraucher**  **Raucher**  Anzahl/Tag: \_\_\_\_\_

**Alkohol:** nie  gelegentlich  regelmäßig

**Drogen:** nie  gelegentlich  regelmäßig  welche \_\_\_\_\_

**Sportliche Aktivitäten** (welche? Wie oft?)

---

**Unverträglichkeiten/Allergien:** \_\_\_\_\_

**Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe von 20,00 Euro in Rechnung gestellt werden**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_