

Fragebogen zur Anmeldung

Name / Vorname:Geburtsdatum:

Ausgeübter Beruf / Ausbildung:

Größe:..... Gewicht:.....

Telefon /Mobil/ geschäftlich:e-mail:

Dürfen wir Ihnen Erinnerungen z.B für einen Termin, eine Impfung etc. als

E – Mail **SMS** **zukommen lassen?**

Datum/ Patienten Unterschrift

Bisherige Erkrankungen oder Operationen?

.....
.....
.....

Nehmen Sie Medikamente ein? (Wenn ja, welche?) ja nein

.....
.....

Haben Sie Allergien ? (Wenn ja, welche?) ja nein

.....

Sind Ihre Impfungen noch aktuell? ja nein

.....

Vielen Dank!