

Patientenfragebogen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ, Wohnort: _____

Wie sind Sie telefonisch am besten zu erreichen?

Mailadresse: _____

Beruf: _____

Krankenkasse bzw. Zusatzversicherung:

Hausarzt/-ärztin (Name, Anschrift, Telefonnummer):

Nehmen Sie Medikamente ein (auch allopathisch, homöopathisch, pflanzlich)?

Wenn ja, welche?:

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre hauptsächliche Beschwerde:

Wann ist sie in etwa zum ersten Mal aufgetreten?

Waren oder sind Sie parallel in weiterer Behandlung?

Hatten/Haben Sie Vorerkrankungen, Operationen, Unfälle?

Waren Sie bereits in homöopathischer Behandlung? Wenn ja, bei wem und wann?

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Ort, Datum

Unterschrift