

**Dr. med. Martin Andres**  
**Facharzt für Allgemeinmedizin/Naturheilverfahren**

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Da wir Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen lassen möchten, brauchen wir aber Kenntnisse über Ihren bisherigen Gesundheitszustand und Ihre Vorerkrankungen bzw. Operationen.

Name, Vorname: ..... geb..... Beruf: .....

Adresse: .....

Telefonnummer:..... Größe:..... Gewicht:.....

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?  nein  ja  
Wenn ja, welche?

---

Wurden Sie schon einmal operiert oder waren Sie im Krankenhaus?  nein  ja  
Wenn ja, woran und warum?

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  nein  ja  
Wenn ja, welche und wie häufig?

---

Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen bekannt?  nein  ja  
Wenn ja, welche?

---

Können Sie sich an auffällige Befunde früherer Untersuchungen erinnern?  nein  ja  
Wenn ja, an welche?

---

Rauchen Sie?  nein  ja  
Haben Sie Krampfadern?  nein  ja  
Hatte Sie schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie?  nein  ja

---

Bestehen oder bestanden bei Ihrer Blutsverwandtschaft Herz-Kreislaufkrankungen?  nein  ja  
Bestehen oder bestanden bei Ihrer Blutsverwandtschaft Krebserkrankungen?  nein  ja

---

Zeigen Sie uns bitte Ihren Impfausweis, damit wir Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit überprüfen können.  
Wenn Sie den Ausweis nicht dabei haben, bringen Sie ihn bitte zum nächsten Besuch mit!

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!  
Dr. Andres und das Praxisteam

Übrigens: Nutzen Sie das Internet?

Auf unserer Webseite **www.dr-andres.de** informieren wir Sie schnell über unser Leistungsangebot, aktuelle Gesundheitsthemen und unser Team.

Tragen Sie bitte hier Ihre **E-mail-Adresse** ein, wenn Sie über Aktuelles, Öffnungszeiten, Urlaub etc. informiert werden möchten:

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_