

Anmeldeformular Praxis Djawad Tchenar

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Adresse:

Mobile: Festnetz: E-Mail:

Beruf: Zuhause:

Freizeit:

Familienstand: Alleinstehend ☐ Kinder:

HausarztIn: Wo? Tel.Nr.

Krankenkasse: Zusatzversicherung vorhanden? ja ☐ nein ☐ PrivatzahlerIn ☐

Rückvergütung der Kosten bei Ihrer Krankenkasse abgeklärt? ja ☐ nein ☐ bitte vorgängig abklären

Unfall? ja ☐ Unfalldatum: Schaden-Nr.:

Ich rauche: nie ☐ früher ☐ aktuell ☐ <1 1 ☐ ☐ 2 Packs/Tg bereits seit

Ich trinke Alkohol: nein ☐ ja ☐ gelegentlich ☐ Gläser pro Woche

Grösse: Gewicht:

Drogen: ja ☐ nein ☐

Grund des Besuches:	(erscheint auf Versicherungsformular)
----------------------------	---------------------------------------

Kennen Sie Ihre Diagnose/n ja ☐ nein ☐

Wurde es medizinisch abgeklärt? ja ☐ wann? nein ☐

Wann ja, bitte aktuelle Berichte mitbringen oder an tchenar@praxis-wildberg.ch senden

Hatten Sie schon mal diese Beschwerden gehabt? ja ☐ Wann? nein zum erste Mal ☐

Beschwerden seit? Tagsüber ☐ nachts ☐

Provoziert durch:

Verbessert durch:

Gibt es momentan Stress in Ihrem Leben? nein ☐ ja ☐ Was sind Ihre Strategien, damit umzugehen?

Welche Therapiemassnahmen schon durchgeführt?

Andere Symptome?

Schlafqualität: wieviel Schlaf brauchen Sie ☐ Stunden sind Sie morgens erholt ja ☐ selten ☐ nie ☐

Medikamente?

Langzeitmedikamente selbstgekauft?

Operationen? ja ☐ wann? keine ☐

Narben? ja ☐ wo? Kaiserschnitt ☐ keine ☐

Nehmen Sie Antidepressiva? ja ☐ seit: nein ☐

Allergien? ja ☐ welche? keine ☐

Krebserkrankungen? ja ☐ Chemotherapie ☐ Bestrahlung ☐ keine ☐

Andere Erkrankungen? keine ☐

Gibt es, was ich noch wissen sollte?

Bemerkungen:

Datum: Unterschrift: