Erstkontakt::

Kurz-Anamnese - Angaben zur Person:

Name, Vorname:…………………………………………………………………………...….….

Adresse:……………………………………………………………………………………….…...

E-Mail:………………………………………………………………………………………….…..

Geburtsdatum…………………… Größe:…………………… Blutgruppe:…………….…..

Gewicht:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: | KG: | T: | H: | O: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Krankenkasse:………………………………………….………………………………………..

Versicherungsnummer:………………………………………………………………………….

Diagnosen:……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………..

Behandelnder Arzt: ………………………………………………………………………………

Bekannte Krankheiten/Allergien/ Verdacht auf…………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………….………………..

…………………………………………………………………….………………………………..

…………………………………………………….………………………………………………..