

Schwabstraße 59 70197 Stuttgart Tel.: 0711 / 61 55 32 - 0

Fax.: 0711 / 61 55 32 - 13

Sehr geehrte(r) Patient(in)	Stuttgart den	I		
	folgende Fragen zu beantworten u ı überprüfen und gegebenenfalls u			
Alle Angaben sind frei	willig und unterliegen selbstvers	tändl	ich der ärztlichen Schweiger	oflicht!
Weitere Angaben zu Ih	ren Personalien	+ 1, %		
Telefon	Mobiltelefon	en	nail	
Familienstand	ausgeübter Beruf/Firma			_
Bitte schildern Sie in k	urzen Worten ihre jetzigen <u>Hau</u> r	otbesc	:hwerden!	
Sind bei Ihnen Allergie	en (auch auf Medikamente) beka	nnt?	Wenn ja, welche?	
Nehmen Sie <u>derzeit</u> Me	edikamente ein? Nein		Ja □	
Wenn Ja, welche Medi	kamente:	. 1 179 1		
Wann wurde das letzte	Mal Ihr Impfstatus überprüft?			

Wir versuchen möglichst Sie zu dem vereinbarten Termin zu behandeln und längere Wartezeiten zu verhindern. Leider kommt es durch Notfällen und hohem Patientenaufkommen auch mal zu längeren Wartezeiten. Wir bitten um Verständnis.

Ihr Praxisteam der Gemeinschaftspraxis Schwabstrasse 59