



DR. MED.
WIBKE HOFFMANNS

Praxis für ganzheitliche Medizin

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

NAME (TITEL), VORNAME

ANSCHRIFT

GEBURTSDATUM

FAMILIENSTAND

TELEFON-NR. (PRIVAT)

MOBIL

BERUF

HAUSARZT

EIGENE VORGESCHICHTE

Chron. Erkrankungen

Krebserkrankungen

Gerinnungsstörung / Thrombose / Embolie

Allergien

Operationen

Schwangerschaften

Medikamenteneinnahme

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg Raucherin ja nein

Datum der letzten Periode

Empfängnischutz vorhanden ja nein

Verhütung derzeit mit Pille Spirale oder _____

Letzte Krebsvorsorge am _____

Letzte Mammographie am _____

Familienvorgeschichte _____

Thrombose Embolie Schlaganfall andere _____

Brustkrebs Mutter Schwester Tante Oma

DATUM

UNTERSCHRIFT