



Johann Ferdinando Walker

Facharzt für Allgemeinmedizin

Universitätsmaster in Homöopathie (U. Sevilla/E)

Naturheilverfahren · Homöopathie · Chirotherapie

Sportmedizin · Umweltmedizin · Akupunktur

Suchtmedizin

Johann Ferdinando Walker · Spitalgasse 20 · 71083 Herrenberg

Spitalgasse 20
71083 Herrenberg

E-Mail arzt6688@aol.com
www.walker-herrenberg.de

online Terminvergabe
unter www.doctena.de

Rezepttel. 07032 9109026

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis und danken Ihnen für das Vertrauen,
welches Sie uns entgegenbringen. Die Erhaltung und Förderung Ihrer Gesundheit ist
unser Ziel - helfen Sie uns, indem Sie unten stehende Fragen beantworten:

Name: _____ Vorname: _____
Geb. Datum: _____ Beruf: _____
Familienstand: _____ Telefon: _____
e-mail: _____ Mobil: _____
Anschrift: _____

Welche Beschwerden haben Sie?

Seit wann bestehen diese Beschwerden? _____

Wann treten die Beschwerden auf?

eher morgens eher im Laufe des Tages

dauernd nur gelegentlich

Wie sind die Beschwerden aufgetreten, welchen Charakter haben sie?

plötzlich aufgetreten Langsam, schleichend aufgetreten

gelegentlich aufgetreten ständig zunehmend

stark schmerzhaft eher unangenehm permanent vorhanden

drückend stechend

Welche weiteren Erkrankungen haben Sie?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja, welche und in welche Dosierung?

Sind Sie schon mal operiert worden, wenn ja welche OP's und wann?

Rauchen Sie? Ja Nein

Als Serviceleistung bieten wir Ihnen an, sinnvollen/notwendigen anfallenden
Untersuchungen vom Praxispersonal schriftlich daran erinnert zu werden.

Ich bin damit einverstanden Ja

Hatten Sie bereits Unfälle?, wenn ja welche?, wann?

Welche Erkrankung gibt es in der Familie?

Vater: _____

Mutter: _____

Geschwister/Onkel/Großeltern: _____

Sind Sie an Ihrer Arbeitsstelle besonderen Gefahrstoffen ausgesetzt?, welchen?

Haben Sie Amalgamfüllungen? Ja Nein

Gewicht: _____ Größe: _____

Sind Sie geimpft?, wenn ja, welche Impfungen, wann wurde geimpft, welche Impfschäden wurden beobachtet?

Benutzen Sie im häuslichen oder beruflichen Umfeld schnurlose Anwendungen (W-Lan, schnurloses Telefon, Handy, usw.)?

Ja Nein Wenn ja, welche? Wo? _____

Wie intensiv? _____

Wurden bereits Behandlungen zur Besserung Ihrer Beschwerden unternommen?, wenn ja, welche Therapie?, wann? von wem?, mit welchem Erfolg?

Warum haben Sie sich für unsere Praxis entschieden?

- Empfehlung von Familie/Freunden/Bekanntem
- aufgrund des naturheilkundlichen Therapieangebots
- andere Gründe

Dürfen wir Sie telefonisch benachrichtigen, wenn wichtige Untersuchungen fällig sind?

Nein Ja

Aktiv etwas für die eigene Gesundheit zu tun wird oft als mühsam und unbequem empfunden. Ärztliche Kontrolltermine werden manchmal vergessen. Wir helfen Ihnen, Gesundes gesund zu erhalten und beginnende Krankheitszustände so frühzeitig wie möglich zu erkennen. Mit Ihrem Einverständnis erinnern wir Sie gerne an fällige Kontrolltermine, wie z.B. den Check-up. Darüber hinaus informieren wir Sie auch regelmäßig über neue Behandlungsformen oder saisonale Aktionen in unserer Praxis, z.B. Allergietestungen.

Ja, ich bin damit einverstanden, an fällige Kontrolltermine erinnert und über neue Angebote in der Praxis informiert zu werden. Selbstverständlich kann ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen.

Herrenberg, den

Unterschrift Patient/in