



Facharzt für Allgemeinmedizin
Prof. Dr. (UN Córdoba, RA)
Johann Ferdinando Walker
Universitätsmaster in Homöopathie (U. Sevilla/E)

Dr. med. Walker · Spitalgasse 20 · 71083 Herrenberg

Spitalgasse 20
71083 Herrenberg
Tel. 07032 6688
Fax 07032 22313

email arzt6688@aol.com
www.walker-sonntag.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? o Ja o Nein

Gewicht: _____ Größe: _____

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

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

o Ja o Nein Wenn ja, welche? Wo? _____

Wie intensiv? _____

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

Warum haben Sie sich für unsere Praxis entschieden?

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

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

- o Nein o 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