

Vorname:                      Nachname:  
Alter:

Aktuelle Telefonnummer:  
email-Adresse:

Allergien :

**Anliegen:**

**1. Ich habe körperliche oder seelische Beschwerden**   
**Wenn ja welche ( Hauptsymptom zuerst)**

- 1.
- 2.
- 3.

Seit wann:

Ich benötige eine Krankmeldung/Schulbescheinigung/  
Kindkrankmeldung.                     

Ab wann:

Bei Unfall- oder Verletzung:

Die Verletzung ereignete sich in der Schule/ bei der Arbeit:

**Ich habe Schmerzen:**

01 ( blau) 2 3 4(grün) 5 6 7 (gelb) 8 9 10 ( rot)  
(0 keine, 10 starke Schmerzen)

Ich habe bereits ein Schmerzmittel genommen:

Ja     nein

Welches:

Uhrzeit:

Ich möchte ein Schmerzmittel:

**Bei seelischen Beschwerden( Angst/Traurigkeit(**

Ich benötige etwas zur Beruhigung.   

**2. Ich möchte meinen Krankenhaus- /Reha- oder Kurentlassungsbericht  
besprechen.**

**3. Ich möchte eine Impfung:**

Was genau:

**4. Ich benötige Medikamente/Überweisung**

- Ich reiche mit den Medikamenten bis zum Ende der Woche:

- Ich benötige meine Überweisung für meinen Facharzttermin am:

**5. Ich bin Neupatient**

- mit aktuellen Beschwerden o
- ohne aktuelle Beschwerden o

**6. Ich wurde von der Ärztin zur Kontrolle/ Besprechung einbestellt von:**

- 1.
- 2.
- 3.

**7. Ich möchte einen Termin zur**

- Befundbesprechung Facharztbericht o
- Gesundheitscheck o
- Kindervorsorge. o
- Krebsvorsorge. o
- Patientenverfügung o

**8. Ich habe eine organisatorische Frage bezüglich:**

- Physiotherapie/Rehasport/Logopädie/Ergotherapie/Funktionstherapie o

Was genau:

- Medikamenteneinnahme. o

Was genau:

- Rehaantrag/Kur o

Was genau:

- Spezielle Untersuchung ( Blutabnahme/Ultraschall o

Was genau:

- Familiensituation/Pflegestufe/  
Schwerbehinderung

Was genau:

**Impfabfrage covid 19:**

Covid- Impfung Anzahl:

Wann zuletzt:

covid- Erkrankung:

Wie oft:

---

Datum:

Unterschrift MFA:

Geprüft von:

Anordnung Arzt: