





Klinik  
am Steigerwald

Weitere Beschwerden	seit

Ich nehme folgende Medikamente (z.B.: Hormone, Abführmittel ...)	seit

Ich rauche \_\_\_\_ Zigaretten am Tag

Bisherige stationäre Aufenthalte, Operationen, Therapien:	Zeitraum

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte schicken Sie diese Anfrage unterschrieben an die Klinik am Steigerwald, gerne mit Kopien Ihrer Untersuchungsergebnisse oder weiteren Informationen. Wir danken für Ihre Anfrage.

**Nach Eingang Ihres Anfragebogens ruft Sie unser Aufnahmearzt kostenfrei an.**

**Von der Klinik am Steigerwald auszufüllen:**


**Medikamentenberatung (z.B.: Dauermedikation, Pille, Genussmittel, ...)**

**Versicherungsrelevante med. Informationen:**
