





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 wird sich unsere Ambulanz mit Ihnen in Verbindung setzen.**

**Von der Klinik am Steigerwald auszufüllen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Versicherungsrelevante med. Informationen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_