

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Ihnen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem aktuellen Befinden nach überstandener Coronavirus-Erkrankung stellen. Die von uns verwendeten Fragebögen helfen uns, ein möglichst umfassendes Bild Ihrer Beschwerden zu erhalten und Ihre Behandlung individuell anzupassen.

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und entsprechend Ihrem eigenen Befinden – möglichst spontan, ohne lange darüber nachzudenken. Falls sich einige Fragen inhaltlich überschneiden, bitten wir um Ihr Verständnis.

Den ausgefüllten Fragebogen und ggf. ergänzende Unterlagen bringen Sie bitte zum Termin mit oder senden ihn am besten vorab an:

✉ Per E-Mail: info@praxis-armborst.de

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Team der Praxis Armborst Ismaning

Patienteninformationen

- **Name:** _____
- **Vorname:** _____
- **Geburtsdatum:** _____
- **Telefonnummer:** _____
- **E-Mail:** _____
- **Anschrift:** _____
- **PLZ:** _____ **Stadt:** _____
- **Größe (cm):** _____ **Gewicht (kg):** _____
- **Datum:** _____

(Wir werden Sie gegebenenfalls kontaktieren.)

Medizinische Informationen

Wann war der Beginn Ihrer COVID-19 Erkrankung (vermutliches Datum der Infektion)?

Datum (TT/MM/JJJJ): _____

Wann wurde bei Ihnen die Diagnose einer Coronavirusinfektion (COVID-19) gestellt/bestätigt?

Datum (TT/MM/JJJJ): _____

Wie wurde diese gestellt? (Bitte ankreuzen und Ergebnis beifügen)

- Tiefen Rachen- und Nasenabstrich (Realtime-PCR qualitativ/quantitativ)
- Röntgen-/CT-Thorax
- Antikörper gegen SARS-CoV-2

Wurde bei Ihnen bereits eine Lungenfunktionsprüfung durchgeführt?

Falls ja, bitte fügen Sie das Ergebnis/den Befund dem ausgefüllten Anmeldebogen bei. Ja Nein

Wurde bei Ihnen bereits MRT des Kopfes durchgeführt?

Falls ja, bitte fügen Sie das Ergebnis/den Befund dem ausgefüllten Anmeldebogen bei. Ja Nein

Liegt bei Ihnen eine andere Erkrankung vor?

Nein Ja, und zwar:

Haben Sie anhaltende Beschwerden? – Bitte ankreuzen:

	Nein	Ja, leicht	Ja, mäßig	Ja, stark
Symptome				
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue (Erschöpfung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann hat die Fatigue begonnen? Datum (MM.JJJJ):	_____			
Schlafstörungen (inkl. nicht erholsam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atemnot (bei Belastung und ohne)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, leicht	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzprobleme (Rasen, Stolpern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Symptome (Konzentrations-, Gedächtnis- und Wortfindungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilitätsstörungen (Gefühllosigkeit, Missempfindungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinnverlust (Geruch und Geschmack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen (Kopf, Rücken, Muskeln, Gelenke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grippige Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Zustände (Depression, Angst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es weitere anhaltende Beschwerden?

Bitte geben Sie den Schweregrad Ihrer Beschwerden an:

- Leicht
- Mäßig
- Stark

Falls ja, bitte spezifizieren:

Nehmen die oben genannten Beschwerden nach leichter Belastung zu?

- Ja
- Nein

Wenn ja, für wie lange (Durchschnitt der letzten Woche)?

Dauer der Beschwerden nach Belastung

Bitte kreuzen Sie an, wie lange Ihre Beschwerden nach Belastung anhalten:

- Gar nicht
- Weniger als 1 Stunde
- 2-3 Stunden
- 4-10 Stunden
- 11-13 Stunden
- 14-24 Stunden
- Mehr als 24 Stunden
- 2-3 Tage

Verlauf der Beschwerden seit Ende der Infektion

Meine Beschwerden haben sich wie folgt entwickelt:

- Gebessert
- Unverändert
- Zugenommen

Bitte beantworten Sie nun einige Fragen zu Ihrem aktuellen / heutigen Gesundheitszustand und gegebenenfalls vorhandenen Einschränkungen Ihrer Aktivitäten. Bitte markieren Sie das Kästchen, das Ihr Gefühl HEUTE am besten beschreibt.

Thema: Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Thema: Alltägliche Tätigkeiten (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Thema: Schmerzen / Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Thema: Beweglichkeit / Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
- Ich habe große Probleme herumzugehen
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

Thema: Angst / Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Bitte geben Sie uns an, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

Die Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen:

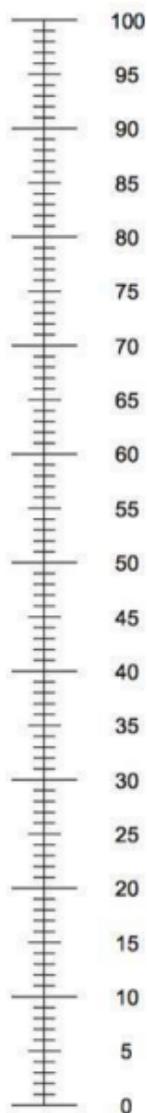
- **100** ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- **0** (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte markieren Sie den Punkt auf der Skala, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt, mit einem Kreuz.

Tragen Sie anschließend den Punktwert von der Skala in der folgenden Zeile ein:

- **Punktwert:** _____

Beste Gesundheit, die Sie
sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit, die Sie
sich vorstellen können

Kanadische Kriterien für die Diagnose von CFS/ME (Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis) *Basierend auf den International Consensus Criteria 2003 von Carruthers BM*

1. Erschöpfung/Fatigue und Zustandsverschlechterung nach Belastung:

Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Symptome an:

- Deutliches Ausmaß einer neu aufgetretenen, anderweitig nicht erklärbaren, andauernden körperlichen oder mentalen Erschöpfung, die zu einer erheblichen Reduktion des Aktivitätsniveaus führt.
- Erschöpfung, Verstärkung des schweren Krankheitsgefühls und/oder Schmerzen nach Belastung mit einer verzögerten Erholungsphase (meist mehr als 24 Stunden, kann Tage dauern).
- Die Symptome können durch jede Art von körperlicher oder mentaler Anstrengung oder Stress verschlechtert werden.

2. Schlafstörungen

Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Schlafprobleme Sie derzeit erleben:

- Einschlafstörungen – Schwierigkeiten beim Einschlafen.
- Durchschlafstörungen – Häufiges Aufwachen während der Nacht.
- Veränderter Tag-Nacht-Rhythmus – Verschiebung der gewohnten Schlafzeiten, die nicht dem üblichen Tag-Nacht-Zyklus entsprechen.
- Schlaf führt zu keiner Erholung – Fühlen sich nach dem Schlafen nicht erfrischt oder erholt.

3. Schmerzen

Bitte kreuzen Sie die Schmerzarten an, die Sie erleben:

- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen
- Kopfschmerzen

4. Neurologische/Kognitive Manifestation

Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden neurologischen oder kognitiven Probleme Sie erleben:

- Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit
- Schwierigkeiten mit der Informationsverarbeitung
- Wortfindungsstörungen
- Lesestörungen
- Wahrnehmungs- und Sinnesstörungen
- Desorientierung oder Verwirrung
- Bewegungskoordinationsstörungen
- Überlastungserscheinungen (Rückfälle und/oder Ängste) durch zu viele Informationen, zu viele Sinneseindrücke (z. B. Licht, Lärm) oder zu viel Stress

5. Autonome Manifestation

Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden autonomen Probleme Sie erleben:

- Schnelle Lagewechsel (v. a. Liegen zum Stehen) führen zu Schwindel und/oder „Schwarzwerden vor Augen“
- Bei Lagewechsel tritt Herzrasen auf (POTS)
- Schwindel und Benommenheit
- Extreme Blässe
- Darmstörungen (diffuse Schmerzen, Brennen, Blähungen)
- Blasenstörungen
- Palpitation (Herzklopfen)
- Atemnot bei leichter Belastung

6. Neuroendokrine Manifestation

Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden neuroendokrinen Probleme Sie erleben:

- Anpassung der Körpertemperatur gestört
- Schwitzen, fiebriges Gefühl
- Hitze oder Kälte nicht gut vertragen
- Kalte Extremitäten (kalte Hände oder Füße)
- Gewichtszunahme oder abnormaler Appetit
- Gewichtsabnahme
- Stress ist schlechter zu verarbeiten
- Stress führt zu einer Verstärkung der Erschöpfung und emotionaler Unsicherheit

7. Immunologische Manifestationen

Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden immunologischen Probleme Sie erleben:

- Schmerzhaftes Lymphknoten
- Wiederkehrende Halsschmerzen
- Neue Allergien oder bereits bestehende Allergien haben sich verändert
- Grippeähnliche Symptome oder allgemeines Krankheitsgefühl
- Überempfindlichkeit, Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln, Medikamenten, Chemikalien

Chalder Fatigue Scale

Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maß die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:

Nr.	Frage	Weniger als üblich (0 Pkt.)	Nicht mehr als üblich (1 Pkt.)	Mehr als üblich (2 Pkt.)	Sehr viel mehr als üblich (3 Pkt.)
1	Ist Müdigkeit ein Problem für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Müssen Sie öfter ausruhen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Fühlen Sie sich müde oder schläfrig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Haben Sie Schwierigkeiten, Dinge in Angriff zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Mangelt es Ihnen an Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Haben Sie weniger Kraft in Ihren Muskeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Fühlen Sie sich schwach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Fällt es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Passieren Ihnen Versprecher beim Reden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Fällt es Ihnen schwer, klar zu denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie ist Ihr Gedächtnis?	Besser als üblich (0 Pkt.)	Nicht schlechter als üblich (1 Pkt.)	Schlechter als üblich (2 Pkt.)	Sehr viel schlechter als üblich (3 Pkt.)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtpunktzahl: _____

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:
Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken
oder einschlafen würden – sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie
sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue
Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde niemals einnicken
- 1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	0 (niemals)	1 (gering)	2 (mittel)	3 (hoch)
Im Sitzen lesend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z. B. im Theater oder bei einem Vortrag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summe: _____

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihre Empfindung am besten beschreibt.

Frage	Überhaupt nicht (0 Pkt.)	An einzelnen Tagen (1 Pkt.)	Mehr als Hälfte der Tage (2 Pkt.)	Beinahe jeden Tag (3 Pkt.)
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren (z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache verlangsamt oder fühlten Sie sich zappelig und ruhelos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtwert: _____

Deutsche Version des COMPASS 31 Fragebogens

1. Haben Sie sich im letzten Jahr nach dem Aufstehen aus sitzender oder liegender Position schwindelig, benommen oder ohnmächtig gefühlt?

- Ja (weiter mit Frage 2)
 Nein (weiter mit Frage 5)

2. Wie oft treten diese Symptome auf?

- Selten Gelegentlich Häufig Fast immer

3. Wie stark sind diese Symptome?

- Leicht Mäßig Schwer

4. Wie haben sich die Symptome im letzten Jahr verändert?

- Viel schlimmer Etwas schlimmer Gleich geblieben Etwas besser Viel besser
 Vollständig verschwunden

5. Haben Sie Veränderungen der Hautfarbe (rot, weiß, violett) bemerkt?

- Ja (weiter mit Frage 6)
 Nein (weiter mit Frage 8)

6. Welche Körperregionen sind betroffen? (Mehrfachauswahl möglich)

- Hände Füße

7. Entwicklung der Farbveränderungen

- Deutlich schlimmer Etwas schlimmer Gleich geblieben Etwas besser Viel besser Vollständig verschwunden

8. Haben sich Ihr Schwitzverhalten in den letzten 5 Jahren verändert?

- Viel mehr Etwas mehr Keine Veränderung Etwas weniger Viel weniger

9. Sind Ihre Augen übermäßig trocken?

- Ja Nein

10. Ist Ihr Mund übermäßig trocken?

- Ja Nein

11. Wie haben sich trockene Augen oder trockener Mund entwickelt?

- Keine Symptome Deutlich schlimmer Etwas schlimmer Gleich geblieben Etwas besser Viel besser Vollständig verschwunden

12. Haben Sie Veränderungen beim Sättigungsgefühl bemerkt?

- Viel schneller satt Schneller satt Keine Veränderung Langsamer satt Viel langsamer satt

13. Übermäßiges oder anhaltendes Völlegefühl nach dem Essen?

- Niemals Manchmal Häufig

14. Haben Sie sich nach einer Mahlzeit übergeben/erbrochen?

- Niemals Manchmal Häufig

15. Hatten Sie krampf- oder kolikartige Bauchschmerzen?

Niemals Manchmal Häufig

16. Kam es bei Ihnen zu Durchfall?

Ja (weiter mit Frage 17)
 Nein (weiter mit Frage 20)

17. Wie oft tritt Durchfall auf?

Selten Gelegentlich Häufig: _____ Mal/Monat Ständig

18. Wie schwer ist der Durchfall?

Leicht Mäßig Schwer

19. Entwicklung des Durchfalls

Deutlich schlimmer Etwas schlimmer Gleich geblieben Etwas besser Viel besser Vollständig verschwunden

20. Kam es bei Ihnen zu Verstopfung?

Ja (weiter mit Frage 21)
 Nein (weiter mit Frage 24)

21. Wie oft tritt Verstopfung auf?

Selten Gelegentlich Häufig: _____ Mal/Monat Ständig

22. Wie schwer ist die Verstopfung?

Leicht Mäßig Schwer

23. Entwicklung der Verstopfung

Deutlich schlimmer Etwas schlimmer Gleich geblieben Etwas besser Viel besser Vollständig verschwunden

24. Haben Sie innerhalb des letzten Jahres die Kontrolle über Ihre Blase verloren?

Nie Gelegentlich Häufig: _____ Mal/Monat Ständig

25. Hatten Sie Probleme beim Wasserlassen?

Nie Gelegentlich Häufig: _____ Mal/Monat Ständig

26. Hatten Sie Probleme, Ihre Blase vollständig zu entleeren?

Nie Gelegentlich Häufig: _____ Mal/Monat Ständig

27. Sind Sie empfindlich gegenüber hellem Licht (ohne Sonnenbrille)?

Nie (weiter mit Frage 29) Gelegentlich Häufig Ständig

28. Wie stark ist diese Lichtempfindlichkeit?

Leicht Mäßig Schwer

29. Hatten Sie Probleme, Dinge scharf zu sehen?

Nie (weiter mit Frage 31) Gelegentlich Häufig Ständig

30. Wie ausgeprägt sind diese Sehprobleme?

Leicht Mäßig Schwer

**31. Das Augen-Symptom, das Ihnen am meisten Probleme bereitet
(Lichtempfindlichkeit oder Sehstörungen)**

Keine Probleme Deutlich schlimmer Etwas schlimmer Gleich geblieben Etwas besser Viel besser Vollständig verschwunden

Den ausgefüllten Fragebogen und ggf. ergänzende Unterlagen bringen Sie bitte zu Ihrem Termin mit oder senden ihn – idealerweise vorab – per E-Mail an:

 info@praxis-armborst.de

Bitte beachten Sie, dass eine Einsendung per E-Mail nur nach vorheriger Terminvereinbarung möglich ist.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Team der Praxis Armborst Ismaning