



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient

Name	Vorname	Geb.-Datum
------	---------	------------

Anschrift

Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
--------	------------	--------------	---------

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Büro) (vorheriger) Beruf

Tel. (Mobil) Größe Gewicht

Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, welche und wie viele Stunden pro Woche? _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein Wenn ja, im wievielten Monat? ____ Vorherige Geburten? __

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja / nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Operationen / Bestrahlung? ja / nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- | | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Migräne |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar):

Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt? _____ **Grund?** _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

- Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja / nein

.....
Datum

.....
Unterschrift