

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.
Anschrift
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort
Tel. (Privat) E-Mail
Mobil Beruf

Rauchen Sie? ja / nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____
Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, 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 Verwandtschaft folgenden 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"/> Sonstiges |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Verhütungsmittel (z.B. Pille)

Welche? _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

- Arzt Bekannte(r) Telefonbuch Zeitungsanzeige Internet Praxisschild Sonstiges

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja / nein

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service unseren **E-Mail-Patientenbrief** mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Gesundheit und Vorsorge sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden? ja / nein

..... Datum
..... Unterschrift