



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. (Mobil) Beruf / Tätigkeit

Tel. (Büro) Größe Gewicht

Nächster Angehöriger
Name Vorname Telefonnummer

Lebenssituation alleinlebend verheiratet / Partnerschaft Zahl der Kinder: _____

Neigen Sie zu?

- | | | | | |
|--|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Leistungsminderung | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche | <input type="checkbox"/> Traurigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | |

Operationen / Bestrahlung / Chemotherapie / Kuren? ja / nein

Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Medikamentenunverträglichkeiten? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Ist eine Berufskrankheit bekannt? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Prozente beim Versorgungsamt? ja / nein Wenn ja, wieviel %: _____

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 bronchiale | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |

- Migräne
- Chr. Infektionen
- Rheuma
- Arthrose
- Osteoporose
- Krebserkrankungen
- Glaukom
- HIV
- Windpocken
- Röteln
- Masern
- Mumps
- Keuchhusten
- Hepatitis

Sonstige: _____

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

- Bluthochdruck
- Herzrhythmusstör.
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Thrombose
- Krebserkrankungen
- Allergien
- Diabetes mellitus
- Asthma bronchiale
- COPD

Sonstige: _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar; bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Trinken Sie Alkohol? keinen selten > 2x / Woche täglich

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

Treiben Sie Sport bzw. bewegen Sie sich regelmäßig? ja / nein

Wenn ja, welchen/was und wie oft? _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

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

Wann war Ihre letzte Gesundheits- / Krebsvorsorge? _____

Welche Impfungen erfolgten zuletzt? (z.B. Tetanus, Diphtherie, Polio; wenn möglich bitte mit Jahreszahl)

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

E-Mail-Adresse: _____

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

.....
Datum

.....
Unterschrift