

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.
 Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) Tel. (Mobil)

Tel. (Büro)

Hausarzt Beruf

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

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

Arzt Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

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

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

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

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

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein

Welche? _____

Haben Sie 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"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Diabetes, Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall, Wo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Knie- / <input type="checkbox"/> Hüftarthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> bösartige Krebserkrankungen, welche? _____ | | | |

..... Datum Unterschrift