



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, kommen Sie gerne auf uns zu. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Allgemeine Angaben

Vorname Nachname
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort
Telefon / Mobilfunk Geburtsdatum
Beruf Krankenkasse

Medizinische Angaben

Geschlecht männlich weiblich Körpergröße Körpergewicht Rauchen Sie? ja nein
Konsumieren Sie Drogen? ja nein Wenn ja, welche? Trinken Sie Alkohol? ja nein
Für Patientinnen: Sind Sie derzeit schwanger? ja nein Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?
Haben Sie Allergien? ja nein Wenn ja, welche?

Wurde eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen bei Ihnen ärztlich nachgewiesen? Wenn ja, bitte ankreuzen.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck / Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ: |
| <input type="checkbox"/> Erhöhtes Cholesterin / Hypercholesterinämie | | <input type="checkbox"/> Hepatitis Typ: |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle / Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> sonstige: | |

Hatten Sie in den letzten 2 Jahren eine Röntgenuntersuchung? Wenn ja, was wurde geröntgt?

.....

Hatten Sie Operationen und wenn ja, welche? Bitte geben Sie, wenn möglich, auch das Jahr der Operation an.

.....

Nehmen Sie gegenwärtig und/oder regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

.....

Ihr Notfallkontakt: Vorname, Nachname Telefon

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum Unterschrift