



Liebe Patientin, lieber Patient,

## Willkommen in unserer Praxis!

zur Optimierung der Abläufe und zur Wahrung Ihrer Privatsphäre möchten wir Sie bitten, Ihre Daten anzugeben bzw. zu aktualisieren und folgende Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon (privat/mobil) \_\_\_\_\_ (dienstlich) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Nikotin (Menge/Tag) \_\_\_\_\_ Alkohol (Menge/Tag) \_\_\_\_\_

Sportliche Aktivitäten (welche) \_\_\_\_\_ (wie oft) \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja welche:  siehe Medikamentenplan

Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit? \_\_\_\_\_

Medikamente zur Blutverdünnung? Nein  Ja  welche? \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen:  Diabetes mellitus  
 Bluthochdruck  
 Fettstoffwechselstörung  
 Schilddrüsenerkrankung

Familiengeschichte:  Bluthochdruck  
 Herzinfarkt  
 Schlaganfall  
 Krebserkrankung  
 Erbkrankheiten

Erkrankung des/der:  
 Herz/Gefäße (KHK/pAVK)  
 Thrombose/Embolie  
 Nieren  
 Magen-Darmtrakt/Leber  
 Bewegungsapparat/Gelenke  
 Nerven/Psyche  
 Krebserkrankung  
 Sonstige \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?  nein  ja, wann? \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Besuch beim Frauenarzt? \_\_\_\_\_ beim Urologen? \_\_\_\_\_  noch nie

Operationen \_\_\_\_\_

Impfausweis vorhanden  ja (bitte vorlegen oder nachreichen)  nein

Patientenverfügung vorhanden  ja  nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_