



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 Geb.-Datum.....
(Name, Vorname)

Anschrift
(Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort)

Tel. (Privat) E-Mail
Tel. (Büro) (vorheriger) Beruf
Tel. (Mobil) Größe Gewicht

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

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? _____

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes
- Lebererkrankung Nierenerkrankungen Asthma / COPD Arthrose Osteoporose
- Gemütskrankheiten Schilddrüsenerkr. Reizdarm Krampfanfälle Blutungsneigung
- Krebserkrankungen Glaukom Hepatitis Infektionskrankheiten sonstiges

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

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes
- Krebserkrankungen Allergien Asthma / COPD Arthrose sonstige

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar): ggf bisherigen Medikamentenplan beifügen

Datum, Unterschrift