



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. (Büro): _____ (vorheriger) Beruf: _____

Tel. (Mobil): _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Ernährungsweise? Mischköstler Ovo-lacto Vegetarier Ovo Vegetarier Lacto 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? ca. _____ Stunden 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? ca. ____ Stunden

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

Allergien? ja nein Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

Bluthochdruck Heuschnupfen Lebererkrankung/ Hepatitis Krebserkrankungen erhöhte Blutfette
 Asthma / COPD Darmerkrankungen HIV Diabetes Nierenerkrankungen Thrombose
Blutungsneigung Herzinfarkt/KHK Schilddrüsenerkrankung Gemütskrankheiten. Glaukom
Schlaganfall Krampfanfälle 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):

Impfbuch vorhanden? ja nein Letzte Impfung: _____ Impfstatus komplett? ja nein letzter Gesundheitscheck: _____ Monat/Jahr letzte Krebsvorsorge _____ Monat/Jahr Hausarzt Urologe letzte Hautkrebsvorsorge: _____ Monat/Jahr Hausarzt Hautarzt Im Hausarztmodell eingeschrieben? ja nein Im Facharztprogramm eingeschrieben? ja nein
Wünsche Einschreibung/Aufklärung über die Vorteile: ja nein Wünschen Sie über Zusatzleistungen aufgeklärt zu werden? ja nein
Wenn ja, welche? Gesundheitsuntersuchung Krebsvorsorge sonstiges:

Sonstige Wünsche/Erwartungen:

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:

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

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja nein

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service unseren E-Mail-Gesundheitsbrief mit neuesten medizinischen Erkenntnissen zur Vorsorge, Diagnostik und Therapie sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden?

ja nein

Ostfildern, den _____ Unterschrift