

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.

Anschrift

Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) E-Mail

Mobil Beruf

- Rauchen Sie? ja / nein Wenn ja, wie viel am Tag? ____
- Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____
- Sind Sie Schwanger? ja / nein Wenn ja, im wievielten Monat? ____
- Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja / nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____
- 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 Thrombose Schlaganfall Herzinfarkt
 Lebererkrankung Schilddrüsenerkrankung Diabetes Asthma
 Krebserkrankungen Hepatitis HIV sonstiges

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgenden Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall
 Krebserkrankungen Diabetes Allergien Asthma / COPD
 Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Verhütungsmittel (z.B. Pille)
 Welche? _____

Haben Sie einen kompletten Impfschutz? Nein Ja

Wenn nicht, bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit.

Wann war die letzte Vorsorge-Untersuchung (Check up 35)? _____

Wann wurde die letzte Hautkrebs-Vorsorge durchgeführt? _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

- Arzt Bekannte(r) Telefonbuch Zeitungsanzeige Internet Praxisschild Sonstiges

Sonthofen, den _____ Unterschrift: _____

Erstellt/Datum Bauer A. 27.04.2021	Geprüft/Datum Bauer A. 27.04.2021	Freigabe/Datum Bauer C. 12.05.2021
QMH Hausarztpraxis Bauer		