



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 ..... 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? \_\_\_\_\_

**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  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):

**Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:** \_\_\_\_\_

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

.....  
Datum ..... Unterschrift .....