

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Telefonnummer (privat): _____

Telefonnummer (Mobil): _____

E-mail: _____ Beruf: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

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? _____

Schlafstörungen? Ja Nein

Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Allergien Ja Nein

Wenn ja, welche _____

OP's / Bestrahlung Ja Nein Wenn ja, welche (wenn möglich mit Jahreszahl): _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> sonstiges: |
| | | | <input type="checkbox"/> Brillen- / Kontaktlinsenträger |

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

- | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Ja Nein Verhütungsmittel (Pille)

Welche _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch : _____

- | | | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Bekannte(r) | <input type="checkbox"/> Telefonbuch | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Praxisschild |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Zeitungsanzeige | | | |

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? Ja Nein

Ich will in den SMS-Verteiler der Praxis aufgenommen werden Ja Nein

Ärzte, die mich bisher behandelten: _____

Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass
dass mein Hausarzt Vorbefunde von anderen
Fachdisziplinen einholen kann um den
Behandlungsprozess zu optimieren.