



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie als Team der Gemeinschaftspraxis herzlich Willkommen. Um Sie als Patient bestmöglich beraten und betreuen zu können, benötigen wir noch einige Angaben von Ihnen. Wir bitten Sie daher, sich einige Minuten Zeit zu nehmen, um die folgenden Fragen zu beantworten.
Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Persönliche Daten:

Vorname, Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Handy: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Waren Sie dort regelmäßig in Behandlung? ja nein

Vorerkrankungen in der Familie (Blutsverwand z.B. Geschwister, Eltern, Großeltern usw.)

Hypertonie/ Bluthochdruck: ja nein wer: _____

Diabetes mellitus: ja nein wer: _____

Fettstoffwechselstörung: ja nein wer/ welche: _____

Nierenerkrankung: ja nein wer/ welche: _____

Durchblutungsstörung: ja nein wer/ welche: _____

Schlaganfall: ja nein wer/ welches Alter: _____

Herz-Kreislauferkrankungen: ja nein wer/ welche: _____

Neurologische Erkrankungen: ja nein wer/ welche: _____

Lungenerkrankung: ja nein wer/ welche: _____

Schilddrüsenerkrankung: ja nein wer/ welche: _____

Rücken/ Gelenkerkrankungen: ja nein wer/ welche: _____

Hauterkrankungen: ja nein wer/ welche: _____

Krebserkrankungen: ja nein wer/ welche: _____

Eigene Vorerkrankungen:

Diabetes mellitus: Typ 1 Typ 2 nein

Wenn ja, Insulinpflichtig? ja nein

bitte wenden

- Hypertonie/ Bluthochdruck: ja nein
- Nierenerkrankung: ja nein welche: _____
- Fettstoffwechselstörung: ja nein welche: _____
- Durchblutungsstörung: ja nein welche: _____
- Schlaganfall: ja nein wann: _____
- Herz-Kreislaufferkrankungen: ja nein welche: _____
- Neurologische Erkrankungen: ja nein welche: _____
- Lungenerkrankung: ja nein welche: _____
- Schilddrüsenerkrankung: ja nein welche: _____
- Rücken/ Gelenkerkrankungen: ja nein welche: _____
- Hauterkrankungen: ja nein welche: _____
- Krebserkrankungen: ja nein welche: _____

Sonstiges: (z.B. Operationen, Infektionskrankheiten, andere Erkrankungen)

Allergien/ Unverträglichkeiten (Medikamente, Materialien, Nahrung, Sonstiges):

Regelmäßige Medikamente/ Bedarfsmedikamente:
(bitte mit Stärke und Dosierung angeben, wenn möglich)

Sind Sie Raucher? nein ja Anzahl der Zigaretten pro Tag: _____

Trinken Sie Alkohol? nein ja, gelegentlich ja, regelmäßig

Vorsorgeuntersuchungen:

Wurde bei Ihnen bereits eine **Gesundheitsuntersuchung** durchgeführt? ja nein

Wenn ja: wann und wo zuletzt? _____

Wurde bei Ihnen bereits ein **Hautkrebs Screening** durchgeführt? ja nein

Wenn ja: wann und wo zuletzt? _____

Wurde bei Ihnen bereits eine **Darmspiegelung** durchgeführt? ja nein

Wenn ja: wann und wo zuletzt? _____

Wurde bei Ihnen bereits eine **Krebsvorsorgeuntersuchung** durchgeführt? ja nein

Wenn ja: wann und wo zuletzt? _____

Bitte bringen Sie bei nächster Gelegenheit Ihr Impfbuch, zur Kontrolle Ihres Impfstatus, mit in die Praxis.
Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen.

Datum, Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten