

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für die richtige Beurteilung Ihrer Beschwerden wichtig sind. Die Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte geben Sie ggf. Arztbriefe/Krankenhausberichte/Befunde Bildgebung (MRT, CT) sowie Ihren Medikamentenplan an der Anmeldung ab.

Name der/des Patientin/en	Vorname	Geburtsdatum	Größe/Gewicht
Straße / Hausnummer		Postleitzahl / Wohnort	
E-Mail Adresse		Telefon	Mobil
Hausarzt		Krankenkasse	Beruf

AKTUELLE MEDIKAMENTE:

Bitte genaue Angaben oder Medikamentenplan an der Anmeldung abgeben

Name und Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

OPERATIVE EINGRIFFE /

KRANKENHAUSAUFENTHALTE IN DEN LETZTEN JAHREN:

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

ALLERGIEN / MEDIKAMENTENUNVERTRÄGLICHKEITEN:

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

- ☐ Bluthochdruck
 ☐ erhöhtes Cholesterin
 ☐ Diabetes mellitus
 ☐ KHK/Herzinfarkt, wenn ja wann?
 ☐ pAVK, Operation:
 ☐ Vorhofflimmern
 ☐ Herzinsuffizienz
 ☐ Niereninsuffizienz
 ☐ Schilddrüsenüber-/unterfunktion
☐ Tumor-Erkrankung:
☐ Psychiatrische Erkrankung:

BITTE WENDEN.

RELEVANTE ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE:

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

RAUCHEN SIE?

☐ Ja – wie viel pro Tag?

☐ Nein

TRINKEN SIE ALKOHOL?

☐ Ja – wie viel pro Tag/Woche?

☐ Nein

TRAGEN SIE EINEN HERZSCHRITTMACHER?

☐ Ja ☐ Nein

AKTUELLE BESCHWERDEN (Seit wann bestehen diese?)

Ich bin mit der Hinterlegung meiner Emailadresse im Praxissystem einverstanden zum Zwecke der Kommunikation (Terminerinnerung, Zusendung von Befunden wie z.B. Labor):

☐ JA

☐ Nein

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

☐ Hausarzt ☐ Facharzt ☐ Internet ☐ Telefonbuch ☐ Empfehlung von:

Datum

Unterschrift