

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

herzlich willkommen in unserer hausärztlichen Praxis. Für eine medizinische Behandlung ist eine Reihe von Angaben für eine optimale Betreuung sehr wichtig. Daher bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen. Wir garantieren natürlich, dass dieses Dokument mit Ihren (freiwilligen) Angaben als Bestandteil Ihrer persönlichen Krankenakte der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt und ausschließlich intern verwendet wird. Eine Weitergabe, auch an andere medizinische Stellen, erfolgt nicht. Vielen Dank!

Name _____
Vorname _____
Beruf _____
Telefon mobil _____
E-Mail _____

Besteht bei Ihnen eine chronische oder sonstige wichtige **Vorerkrankung**?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> KHK / Herzinfarkt / Stent / Bypass |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen: _____ | |

Wurden Sie jemals **operiert** (Jahr und Art des Eingriffs)?

Leiden Sie an **Allergien oder Unverträglichkeiten** (insbes. gegen Medikamente / Kontrastmittel)?

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein (inkl. „Pille“ / Spirale, rezeptfreier Medikamente)?

Gibt es bei **Verwandten 1. Grades** Krebs-, Herz-Kreislauf- oder Diabeteserkrankungen?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag und seit wann? _____

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel ca.? _____

Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? _____

Ihre aktuelle **Größe** _____ cm und **Gewicht** _____ kg (genau / geschätzt)

Weitere behandelnde Ärzte:

Wie sind Sie auf uns **aufmerksam** geworden?

Mit einer telefonischen oder schriftlichen Kontaktaufnahme durch die Praxis bin ich einverstanden, sowohl zur Befundübermittlung als auch zur Erinnerung an Termine (z. B. Impfauffrischung), Untersuchungen (z. B. Gesundheitsuntersuchung usw.) oder notwendige Behandlungsmaßnahmen (z. B. Laborkontrolle).

München, den _____ Datum

Unterschrift