



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.

Name Vorname

Geb.-Datum

Straße Hausnummer

Wohnort Postleitzahl

Tel. (Privat)

Tel. (Mobil) Beruf / Tätigkeit

E-Mail Größe Gewicht

Hausarzt

Ernährungsweise? Mischköstler Ovo-lacto Vegetarier Ovo Vegetarier Lacto Vegetarier Veganer

Trinken Sie Kaffee? keinen selten < 3 Tassen/Tag > 3 Tassen/Tag

Trinken Sie Alkohol? keinen selten > 2x / Woche täglich

Rauchen Sie? ja nein aufgehört **Wenn ja, wie viel am Tag?** **Seit wann?**

Treiben Sie Sport? ja nein **Wenn ja, welchen und wie oft?**

Sind Sie schwanger? ja nein **Haustiere?** ja nein **Sind Sie in der Menopause?** ja nein

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja nein **Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche?**

Haben Sie Metallimplantate / Herzschrittmacher etc.? ja nein

Haben oder hatten Sie kürzlich häufiger folgende Beschwerden?

Antriebslosigkeit	Appetitlosigkeit	Atemnot	Brustschmerzen
Durchfall	Ellenbogenschmerzen	Erbrechen	Erschöpfung
Fallneigung	Fieber	Fußschmerzen	Gelenkschwellung
Handschmerzen	Herzrasen	Hüftschmerzen	Knieschmerzen
Kopfschmerzen	Müdigkeit	Nackenschmerzen	Rückenschmerzen
Schulterschmerzen	Schwindel	Stand-/ Gangunsicherheit	Sturzneigung
Traurigkeit	Übelkeit	Verspannungen	Verstopfung
Wadenschmerzen	Wassereinlagerung		

Weitere Beschwerden:

Operationen? ja nein **Bestrahlung?** ja nein **Chemotherapie?** ja nein

Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

.....

Allergien? ja nein **Wenn ja, welche:**

Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ja nein **Wenn ja, welche:**

Medikamentenunverträglichkeiten? ja nein **Wenn ja, welche:**



Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

Bluthochdruck	Thrombose	Herzerkrankung	Herzschrittmacher	Schlaganfall
Lebererkrankung	Nierenerkrankungen	Asthma / COPD	Diabetes mellitus	Osteoporose
Gemütskrankheiten	Schilddrüsenerkr.	Magenerkrankungen	Arthrose	Epilepsie
Krebserkrankungen	Rheuma	Gicht	Bandscheibenvorfall	Fibromyalgie
Parkinson	MS	Alzheimer	Schuppenflechte	Hepatitis
Organtransplantation	HIV	Berufskrankheit		

Sonstige:

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

Bluthochdruck	Thrombose	Herzinfarkt	Schlaganfall	Diabetes
Krebserkrankungen	Allergien	Asthma / COPD	Arthrose	Migräne
Rheuma	Osteoporose	Bandscheibenvorfall		

Sonstige:

Nehmen Sie gegenwärtig: Medikamente? ja nein Vitamine / Mineralstoffe? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar; bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben):
Gerne können Sie uns auch Ihren Medikamentenplan beilegen.

Medikament / Nahrungsergänzungsmittel	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:

Arzt	Familie	Bekannte(r)	Krankenkasse
Zeitung	Internet	Praxisschild	Sonstiges

Möchten Sie, dass Ihr Hausarzt einen Bericht bekommt? nein ja

Dürfen wir Sie über wichtige Termine (Vorsorge / Untersuchung / Behandlung) informieren? nein ja

Dürfen wir Sie über neueste medizinische Erkenntnisse informieren nein ja

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern und an diese übermitteln darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....
Datum

.....
Unterschrift