

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Hausarzt (Name/Ort): _____

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihren Hausarzt in schriftlicher Form informieren?

Ja **Nein**

Berufsstatus: arbeitssuchend berufstätig Rentner/in krankgeschrieben

aktuelle Tätigkeit: _____

Wohnsituation: mit Partner lebend Kinder im Haus allein stehend sonstige

bekannte Allergien/

Medikamentenunverträglichkeiten: _____

regelmäßige Medikamente: _____

andere Therapien: _____

(z.B. Physiotherapie/Ergotherapie)

frühere Operationen: _____

(welche/wann?) _____

Alkoholkonsum: Nein Ja, Menge pro Tag: _____

Nikotin: Nein Ja, Menge pro Tag: _____

andere Drogen: Nein Ja, welche/wann: _____

Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Blutungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Baucherkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |

sonstige, wenn ja, welche: _____

Gibt es neurologische oder psychiatrische Erkrankungen in Ihrer Verwandtschaft?

Nein Ja, welche? _____

Haben Sie einen Rentenantrag oder einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt?

Nein Ja, Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE): _____

Grad der Behinderung (GdB): _____

bitte wenden

Möchten Sie in Zukunft Informationen zu Änderungen Ihres Arzttermines per E-Mail/Telefon, dann besteht ab sofort die Möglichkeit uns folgendes zu hinterlegen:

Telefonnummer (**auch Handynummer**): _____

E-Mail-Adresse: _____

Hiermit bestätige ich, meine E-Mail-Adresse/Telefonnummer o.g. Praxis für Informationszwecke freiwillig zur Verfügung zu stellen und verpflichte mich Änderungen meiner Angaben der Praxis mitzuteilen. Außerdem habe ich die Patienteninformation zum Datenschutz (DSGV) zur Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____