

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur Erfassung Ihres Gesundheitszustandes sind uns einige Informationen wichtig. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns vertraulich behandelt.

Herr Frau Datum: _____

Nachname: _____ **Vorname:** _____ **geb.**

Adresse: _____

Email: _____ Fax: _____

Telefon: _____ Handy: _____ Telefon geschäftlich: _____

Beruf _____ Vollzeit Teilzeit Größe: _____ Gewicht: _____

Grund des Besuches / aktuelle Beschwerden:

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

nein ja: _____

Rauchen Sie?

nein ja, seit _____ Jahren ca. _____ Zigaretten täglich seit _____ Jahren nicht mehr

Trinken Sie Alkohol?

nie selten regelmäßig

Wann hatten Sie Ihre letzten Vorsorgeuntersuchungen?

Koloskopie (Darmspiegelung): _____ Gesundheitsuntersuchung: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja: dann bitte hier eintragen:

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bei Bedarf

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Familie/Bekannte Internet andere Arztpraxis Sonstiges