

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte helfen Sie uns, indem Sie diesen Patientenbogen ausfüllen und die folgenden Fragen soweit wie möglich vollständig beantworten. Falls Unklarheiten bestehen, sprechen Sie uns gerne an!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam

Vorname	
Name	
Geb.-Datum	
Straße / Hausnr.	
PLZ / Wohnort	
Tel.-Nr.	
Handy-Nr.	
E-Mail-Adresse	
Beruf	
Krankenkasse	
bisheriger Hausarzt	
Hauptversicherter PKV (bei minderjährigen Patienten)	

Private Zusatzversicherung: nein ja, bei _____

Größe (m)	
Gewicht (kg)	

Sind bei Ihnen **chronische Erkrankungen** bekannt?

- Zuckerkrankheit(Diabetes)
- Schilddrüsenerkrankungen
- Infektionserkrankungen
- Osteoporose
- Blutungsneigungen
- Herz- oder Kreislauferkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Asthma
- Tumor, Krebs
- Anfallsleiden
- andere: _____

Bitte füllen Sie auch die 2.Seite aus →

Name, Vorname _____

Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft und in welcher Dosierung ein (insbesondere auch Mittel zur Blutverdünnung, wie z.B. Marcumar oder ASS)?

Medikament	Dosierung	Krankheit

Sind Allergien bekannt, insbesondere gegen Mittel zur lokalen Betäubung (sogenannte Lokalanästhetika) oder Antibiotika?

- mir sind keine Allergien bekannt
- ich habe Heuschnupfen und reagiere auf: _____
- ich habe Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____

- folgende Medikamente lösen bei mir eine Allergie/Unverträglichkeit aus: _____

- Bei Frauen: besteht aktuell eine **Schwangerschaft**? ja/nein
- Wann war Ihre letzte **Gesundheitsuntersuchung**? im Jahr: _____
- Sind Sie in einem **DMP** Programm eingeschrieben?
 Diabetes Typ2 KHK Asthma bronchiale COPD

Zur Speicherung Ihrer Daten sowie Teilnahme an einem Erinnerungssystem (sog. **Recall-System**) ist Ihre Einwilligung erforderlich. Um diesen Service nutzen zu können, bitte wir Sie, entsprechend gewünschte Punkte anzukreuzen und zu bestätigen.

- Impfungen
- Krebsvorsorgeuntersuchungen
- Gesundheitsuntersuchungen
- Akupunktur



Ort, Datum



Unterschrift (bzw. Erziehungsberechtigter)