



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Bringen Sie bitte Ihren **Impfausweis** zum nächsten Termin mit.

Persönliche Daten

Name: _____ Beruf: _____

Geburtsdatum: _____ Arbeitgeber: _____

Strasse: _____ Krankenkasse: _____

Ort: _____ gesetzlich privat

Phone: _____ Email: _____

Körpergröße: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Allergien (insbesondere Medikamente): Nein Ja, welche: _____

Rauchen: Nein Ja, wie viele Zigaretten täglich: _____ Seit wann: _____

Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt:

Diabetes Schilddrüsenerkrankung Blutdruck-/Herzerkrankung

Schlaganfall Thrombose Lungenerkrankung

erhöhte Blutfette Krebserkrankung Baucherkrankung

Operationen psychische Erkrankung Hauterkrankung

Wenn ja, welche: _____

Andere, nicht aufgeführte: _____

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

Für Patienten ab 35 Jahre: Wann war Ihr letzter **Check-up**? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift