

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung wichtig. 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.

**Patient/in**


---

 Name, Vorname

---

 Geburtsdatum

**Anschrift**


---

 Straße & Hausnummer

---

 PLZ & Wohnort

**Kontaktdaten**


---

 Telefon (mobil)

---

 Telefon (privat)

---

 E-Mail

**Persönliche Daten**


---

 Beruf/Tätigkeit

---

 Größe in Centimeter

---

 Gewicht in Kilogramm

**Nächst. Angehörige(r)**


---

 Name, Vorname

---

 Telefon

**Ernährungsweise**
 Mischköstler  
  Ovo-Lacto Vegetarier  
  Ovo Vegetarier  
  Lacto Vegetarier  
  Veganer

---

 Spezielle Kostform

**Trinken Sie Kaffee?**
 keinen  
  < 3 Tassen pro Tag  
  > 3 Tassen pro Tag

**Trinken Sie Alkohol?**
 keinen  
  selten  
  2x pro Woche  
  täglich

**Rauchen Sie?**
 ja  
  nein  
  aufgehört

---

 Wenn ja, wie viel am Tag?

---

 Seit wann?

**Haben Sie Haustiere?**
 ja  
  nein

---

 Wenn ja, welche?

**Schnarchen Sie?**
 ja  
  nein

 Sind nächtliche Aussetzer bekannt?  
  ja  
  nein

**Schlafstörungen?**
 ja  
  nein

---

 Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche?

**Sind Sie schwanger?**  ja  nein

Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Kinder?**  ja  nein

Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Geburtsjahr(e) des/der Kindes/Kinder \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**  ja  nein

Wenn ja, welchen und wie oft? \_\_\_\_\_

**Neigen Sie zu...?**

- |  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Traurigkeit      | <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche |
| <input type="checkbox"/> Durchfall     | <input type="checkbox"/> Verstopfung     | <input type="checkbox"/> Übelkeit        | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Müdigkeit          |
| <input type="checkbox"/> Schwindel     | <input type="checkbox"/> Atemnot         | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen  | <input type="checkbox"/> Erschöpfung      |   |

**Allergien?**

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Medikamentenunverträglichkeit?**

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nahrungsmittelunverträglichkeit?**

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ist eine Berufskrankheit bekannt?**

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Wann war Ihre letzte Gesundheits- / Krebsvorsorge?**

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits eine Magen- oder Darmspiegelung?**

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?**

- |  |   |  |  |                                       |
|--|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> KHK                | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstg.  | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Thrombose         | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung    | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Tuberkulose  |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr.  | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Reizdarm     |
| <input type="checkbox"/> Migräne           | <input type="checkbox"/> Chron. Infektionen | <input type="checkbox"/> Rheuma            | <input type="checkbox"/> Arthrose      | <input type="checkbox"/> Osteoporose  |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung   | <input type="checkbox"/> Glaukom            | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung   | <input type="checkbox"/> HIV           | <input type="checkbox"/> Hepatitis    |
| <input type="checkbox"/> Masern            | <input type="checkbox"/> Mumps              | <input type="checkbox"/> Röteln            | <input type="checkbox"/> Keuchhusten   | <input type="checkbox"/> Windpocken   |

Sonstige Krankheiten \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche?

**Operationen/Bestrahlung/Chemotherapie?**  ja  nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

---



---

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

Bluthochdruck     Demenz/Alzheimer     Herzerkrankungen     Schlaganfall     Thrombose  
 Krebserkrankungen     Asthma/COPD     Diabetes mellitus     Asthma bronchiale     Allergien

Sonstige

Wenn ja, welche?

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel ein?**  ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar/DOAK; bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

**Kontakt zu unserer Praxis/Empfehlung durch:**

Arzt     Bekannte     Zeitung     Praxisschild  
 Familie     Telefonbuch     Internet     Sonstiges

**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. 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