
(Name) _____ (Vorname) _____ (Geburtsdatum) _____

(Adresse) _____ (Versicherung) _____

(Telefon, Büro, Mobiltelefon) _____ (Beruf) _____

Wer war ihr bisheriger Hausarzt? _____

Waren sie dort regelmäßig an mindestens drei Quartalen im Jahr in Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Möchten sie den Hausarzt wechseln? ☐ ja ☐ nein

(Unterschrift Patienten)

Sind bei ihnen Erkrankungen bekannt?

☐ Nein

- ☐ Bluthochdruck (Hypertonie)
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Durchblutungsstörung der Beine
- ☐ unruhige Beine, Kribbelgefühl der Beine (PNP)
- ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ2)
- ☐ Nierenerkrankungen (Nephropathie, Dialyse, Nierenschwäche)
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Netzhauterkrankung (diabetische Retinopathie, Netzhautlöcher oder Netzhautablösung)
- ☐ Lebererkrankung (Hepatitis, Fettleber)
- ☐ Gallensteine
- ☐ Schilddrüsenfunktionsstörung
- ☐ Kopfschmerzen / Migräne
- ☐ Rheuma
- ☐ Asthma/ chronische. Bronchitis/ COPD
- ☐ Allergien gegen Medikamente oder anderes: _____
- ☐ HIV- Erkrankung

Nehmen Sie Medikamente, wenn ja welche?

☐ Nein

Name _____ morgens mittags abends nachts

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

Wann waren Ihre letzten Impfungen (Tetanus, Diphterie, Polio, Pertussis)? ☐ keine

Bitte Seite wenden!

Wurden Sie bereits operiert?

☐ **Nein**

- ☐ Herzoperation (z.B. Herzklappen, Bypässe)
- ☐ Krebsoperation
- ☐ Gallensteinleiden, Gallen-OP
- ☐ Hüftoperation
- ☐ Knieoperation
- ☐ sonstige: _____

Wenn Ja, wann und wo:

Sind in Ihrer Familie Erkrankungen bekannt?

☐ **Nein**

- ☐ Ja, folgende: _____

Für Frauen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft oder stillen Sie zur Zeit?

☐ Ja

☐ Nein

Rauchen Sie?

ja, wie viele _____

nein ☐

Alkoholkonsum?

ja, ☐ gelegentlich

☐ regelmäßig

☐ nein

Ihre Größe:

cm

Ihr Gewicht:

kg

Wie sind Sie zu unsere Adresse gekommen? _____

Bei minderjährigen Kinder bis zum vollendeten 17. Lebensjahr:

☐ alleiniges Sorgerecht

☐ gemeinsames Sorgerecht

Einwilligungserklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden dürfen.
- An folgende Angehörige/Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, meine Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: _____, Geburtsdatum: _____

Name: _____, Geburtsdatum: _____

Widerrufsbelehrung

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____