

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. 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 .....  
Name ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

Anschrift .....  
Straße ..... Hausnummer ..... Postleitzahl ..... Wohnort .....

Tel. (Privat) ..... E-Mail .....

Tel. (Mobil) ..... Beruf / Tätigkeit .....

Tel. (Büro) ..... Krankenkasse: .....

Größe ..... Gewicht .....

**Nächster Angehöriger** .....  
Name ..... Vorname ..... Telefonnummer .....

**Sind Sie in fachärztlicher Behandlung?** Wenn ja, bei welchen Ärzten: \_\_\_\_\_

**Sind Sie Schwanger?**  ja /  nein **Trinken Sie Kaffee?**  keinen  < 3 Tassen/Tag  > 3 Tassen/Tag

**Trinken Sie Alkohol?**  keinen  selten  > 2x / Woche  täglich

**Rauchen Sie?**  ja /  nein /  aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Haustiere?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**  ja /  nein Wenn ja, welchen und wie oft? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?**  ja /  nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? \_\_\_\_\_

**Neigen Sie zu?**

- Kopfschmerzen  Leistungsminderung  Bauchschmerzen  Durchfall  Verstopfung  
 Rückenschmerzen  Gedächtnisschwäche  Traurigkeit  Müdigkeit  Schwindel  
 Übelkeit  Atemnot  Nahrungsmittelunverträglichkeit

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

**Allergien?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Medikamentenunverträglichkeiten?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Ist eine Berufskrankheit bekannt?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

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

- Bluthochdruck       Thrombose       Herzinfarkt       Schlaganfall       KHK
- Lebererkrankung       Nierenerkrankungen       Asthma bronchiale       COPD       Tuberkulose
- Gemütskrankheiten       Schilddrüsenerkr.       Reizdarm       Krampfanfälle       Blutungsneigung
- Migräne       Chr. Infektionen       Rheuma       Arthrose       Osteoporose
- Krebserkrankungen       Glaukom       Diabetes       Windpocken       Röteln
- Masern       Mumps       Keuchhusten       Hepatitis       HIV

Sonstige: \_\_\_\_\_

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

- Bluthochdruck       Herzrhythmusstör.       Herzinfarkt       Schlaganfall       Thrombose
- Krebserkrankungen       Allergien       Diabetes mellitus       Asthma bronchiale       COPD

Sonstige: \_\_\_\_\_

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

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

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

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

**Welche Impfungen erfolgten zuletzt?** (z.B. Tetanus, Diphtherie, Polio; wenn möglich bitte mit Jahreszahl)

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

- Arzt     Familie     Bekannte(r)     Telefonbuch     Zeitung     Internet     Praxisschild     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 Deisinger zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich 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**

.....  
**Name, Vorname**

.....  
**Unterschrift**