



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) ..... (vorheriger) Beruf .....

Krankenkasse ..... Größe ..... Gewicht .....

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

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

**Treiben Sie Sport?**  ja /  nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? .....

**Sind Sie Schwanger?**  ja /  nein Wenn ja, im wievielten Monat? ..... Vorherige Geburten? .....

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

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

**Allergien?**  ja /  nein Wenn ja, welche: .....

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

- |  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Thrombose          | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> Diabetes        |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD  | <input type="checkbox"/> Arthrose      | <input type="checkbox"/> Osteoporose     |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr.  | <input type="checkbox"/> Reizdarm       | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Glaukom            | <input type="checkbox"/> Hepatitis      | <input type="checkbox"/> HIV           | <input type="checkbox"/> .....           |

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

- |   |  |   |  |                                    |
|---|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung    | <input type="checkbox"/> Allergie      | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD  | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> .....     |

**Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft?**  ja /  nein

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?**  ja /  nein Wenn ja, welche (z.B. die Pille, ASS):  
.....

**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 zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern darf. 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