

Name	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefonnummer	Festnetz: _____ Mobil: _____
Mailadresse	
Beruf	_____ / _____
Krankenversicherung	Name: _____ <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Praxis Schröter <input type="checkbox"/> Zuweiser <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Was ist der Grund Ihres heutigen Praxisbesuchs?	
<input type="checkbox"/> Akute Erkrankung <input type="checkbox"/> Chronische Erkrankung <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Kontrolle	
Wer ist/war Ihr bisheriger Hausarzt ?	
Bei welchen weiteren Ärzten sind Sie regelmäßig in Behandlung?	
Welche der folgenden Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?	
<input type="checkbox"/> Rücken/Gelenkerkrankungen <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen	
<input type="checkbox"/> Blase-Nieren <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufferkrankungen <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	
<input type="checkbox"/> Blut-/Gerinnungserkrankungen <input type="checkbox"/> Andere: _____	
Leiden Sie unter chronischen Krankheiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche?	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welche?	
Welche Allergien haben Sie?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welche?	
Welche Genussmittel konsumieren Sie?	
Alkohol: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> täglich	
Rauchen: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> täglich	
Welche Operationen sind bei Ihnen erfolgt?	
<input type="checkbox"/> Blinddarm <input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/> Gallenblase	
<input type="checkbox"/> Andere: _____	

Welche **Erkrankungen** liegen in der Familie vor?

- Schlaganfall Herzinfarkt Krebserkrankung
 Andere: _____

Wurde bei Ihnen bereits eine **Gesundheitsuntersuchung/Check-up** durchgeführt?

- Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt?

Wurde bei Ihnen bereits eine **Krebsvorsorge** durchgeführt?

- Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt?
 Gynäkologie _____
 Urologie _____
 Magen-/Darmspiegelung _____

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren **geimpft**?

- Ja Nein
Wenn ja, welche Impfungen? Tetanus Diphtherie Polio/IPV
 FSME/Zecken Hepatitis A Hepatitis B Sonstige Impfungen: _____

Hinweis: Bitte bringen Sie auch Ihren **Impfausweis** mit.

(Ort/Datum)

(Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter)

Den folgenden namentlich genannten **Personen** darf **Auskunft über meinen Gesundheitszustand** gegeben werden (bitte ggfs. Verwandtschaftsgrad angeben):

1. Person _____ Geb.-Datum _____

2. Person _____ Geb.-Datum _____

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner **Behandlung meine Daten an andere Ärzte** weitergegeben werden dürfen.

(Ort/Datum)

(Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter)

Ich möchte unverbindlich **an Folgetermine erinnert werden.**

- Ja Nein

Wenn ja, bitte informieren Sie mich per Mail Brief

(Ort/Datum)

(Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter)