Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. 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) ..... **Tel. (Büro)** ..... **Tel. (Mobil)**.....

E-Mail ..... **(vorheriger) Beruf** .....

Größe ..... **Gewicht** .....

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

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, was und wieviele Stunden pro Woche? .....

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

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja / nein Wenn ja, wieviel Tage pro Woche?.....

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

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

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

__ Bluthochdruck	__ Thrombose	__ Herzinfarkt	__ Schlaganfall
__ Diabetes	__ Lebererkrankung	__ Nierenerkrank.	__ Asthma/COPD
__ Arthrose	__ Osteoporose	__ Gemütskrankheiten	__ Schilddrüse
__ Reizdarm	__ Krampfanfälle	__ Blutungsneigung	__ Krebs
__ Glaukom	__ Hepatitis	__ HIV	__ Sonstiges

Sind Sie Teilnehmer an einem der folgenden Cura-Pläne (DMP-Disease Management Program)? __ Diabetes __ KHK __ COPD/Asthma

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Wenn ja, welche: .....
.....
.....

Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt? .....

Datum..... Unterschrift.....