

**Gemeinschaftspraxis  
Dr. Hertrich und A. Konietzke**

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 .....

Hausarzt ..... 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 /  möglicherweise

**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: \_\_\_\_\_

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

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

- |  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstör.  | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt        | <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> Thrombose       |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus  | <input type="checkbox"/> Krampfadern     | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle   |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr.  | <input type="checkbox"/> Aneurysma          | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD   | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Glaukom            | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstör. | <input type="checkbox"/> Hepatitis / HIV | <input type="checkbox"/> sonstiges       |

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

- |  |  |  |  |                                    |
|--|--|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstör. | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt       | <input type="checkbox"/> Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien         | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> sonstige  |

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

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

- Arzt  Familie  Bekannte(r)  Telefonbuch  Zeitung  Internet  Praxisschild  Sonstiges

**Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden?**  ja /  nein

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service unseren **E-Mail-Gesundheitsbrief** mit neuesten medizinischen Erkenntnissen zur Vorsorge, Diagnostik und Therapie sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden?

ja /  nein

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