

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig aus. Die Angaben sind wichtig, um Ihre medizinische Versorgung bestmöglich zu gewährleisten. Alle Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ / Ort:
Telefon:	Mobile:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Familienangehörige in der Praxis	☐ Nein
	☐ Ja, Name:
Bisheriger Hausarzt:	

Allergien (z.B. Medikamente, Lebensmittel, Pollen, etc.)

Noxen

Rauchen	☐ Nein
	☐ Ja, seit & Zigaretten / Tag:
Alkoholkonsum	☐ Nein
	☐ Ja, Menge:
Drogenkonsum	☐ Nein
	☐ Ja, Menge:

Bekannte Diagnosen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Asthma, etc.)

Medikamenteneinnahme (bitte Wirkstoff und Dosierung angeben falls bekannt)

Voroperationen / Spitalaufenthalte (Art der Operation, Jahr, Klinik)

Familienanamnese

Bitte kreuzen Sie an, ob in Ihrer Familie folgende Erkrankungen gehäuft auftreten.

- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall)
- ☐ Diabetes
- ☐ Krebserkrankungen, Art:
- ☐ Psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Angststörungen, etc.)
- ☐ Andere:

Soziale Informationen

Beruf:		
Wohnsituation	☐ Alleinlebend	☐ Mit Familie
	☐ Mit Partner/-in	☐ Pflege-/Betreuungseinrichtung
Angehörige	☐ Ehepartner/in	☐ Weitere Angehörige
	☐ Kinder, Anzahl:	

Lebensstil und Vorsorge

- | | |
|----------------------|---|
| Sportliche Aktivität | ☐ Nein |
| | ☐ Ja, Sportart & Häufigkeit: |

Vielen Dank für Ihre Angaben!