

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.
Für eine erfolgreiche Behandlung durch Ihren Arzt ist auch die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig. Beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen so gut wie möglich. Die Beantwortung aller Fragen ist jedoch freiwillig.
Vielen Dank!

Name: _____ **Geburtstag:** _____.

Adresse: _____

Beruf: _____

Telefon: privat _____

dienstlich _____

Arbeitgeber: _____

Sind bei Ihnen **Allergien oder Unverträglichkeiten** bekannt (auch gegen Medikamente)?

JA **NEIN**

Falls ja, welche?

Wurden Sie schon einmal operiert oder waren Sie im **Krankenhaus**?

JA **NEIN**

Falls ja, woran oder warum und wann?

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

JA **NEIN**

Falls ja, welche und wie häufig?

Beachten Sie bitte auch die weiteren Fragen auf der Rückseite.

Sind bei Ihnen **chronische Erkrankungen** bekannt oder können Sie sich an **auffällige Befunde früherer Untersuchungen** erinnern?

JA

NEIN

Falls ja, welche?

Leidet jemand in ihrer Familie (v.a. Eltern, Geschwister) an folgende Erkrankungen:

	Ja (wenn ja, wer?)	Nein	?
Herzinfarkt			
Schlaganfall			
Zuckerkrankheit			
Hohes Cholesterin			
Darmkrebs			
Brustkrebs			
Eierstockkrebs			
Prostatakrebs			
Hautkrebs			
Sonstige Krebserkrankung			
Sonstige Erkrankungen:			

Wie **groß** sind Sie? _____ cm und Ihr **Gewicht**? _____ kg

Rauchen Sie? JA

NEIN

Zeigen Sie uns bitte Ihren **Impfausweis**, damit wir Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit prüfen können. Wenn Sie den Ausweis nicht dabei haben, bringen Sie ihn bitte zum nächsten Besuch mit!

Bei welchen Ärzten waren oder sind Sie in Behandlung?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Warum haben Sie sich für uns entschieden?

Die Informationen zum Datenschutz, insbesondere zu speichern personenbezogener Daten, habe ich zur Kenntnis genommen. Ein Informationsblatt dazu liegt im Wartezimmer der Praxis aus. Die Patienteninformation kann zusätzlich auf unserer Webseite unter www.praxis-berndt-dresden.de eingesehen werden.

Datum, Unterschrift: _____