

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) Beruf / Tätigkeit

Größe Gewicht

Nächster Angehöriger

Name	Vorname	Telefonnummer
------	---------	---------------

Trinken Sie Alkohol? · keinen · selten · > 2x / Woche · täglich

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

Schnarchen Sie? · ja / · nein Sind nächtliche Atemaussetzer bekannt ? · ja / · nein

Treiben Sie Sport? · ja / · nein Wenn ja, welchen und wie oft? _____

Neigen Sie zu?

- Kopfschmerzen · Rückenschmerzen · Gelenkschmerzen · Bauchschmerzen · Erschöpfung
- Durchfall · Verstopfung · Übelkeit · Traurigkeit · Müdigkeit
- Schwindel · Atemnot · Gedächtnisschwäche

Operationen / Bestrahlung / Chemotherapie? · ja / · nein

Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):
