

Liebe Patientin, lieber Patient,

Datum: \_\_\_\_\_

um besser auf Ihre Erkrankung eingehen zu können, benötigen wir folgende Angaben von Ihnen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Unter welchen chronischen Erkrankungen leiden Sie ?

---

---

---

Gab es in der Vergangenheit schwere Erkrankungen oder Unfälle ?

---

---

Rauchen Sie, wenn ja, wie viele/Tag: ja  nein  Menge ca.

Welche Medikamente nehmen Sie ein ?

---

Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten ? Ja  nein

---

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt, wenn ja, wann und weshalb ?

---

---

---

Gab es Komplikationen ?

---

Haben Sie Allergien, besitzen Sie einen Allergiepass ?

---

---

Aktuelle Werte: Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Falls Sie einen Impfpass besitzen, bringen Sie diesen bitte zum nächsten Termin mit, damit wir die Daten eingeben können und ggf. Impfungen auffrischen können.

Wir danken für Ihr Vertrauen. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter!

Dres. T. Wüst/C.Ritter  
und das Praxisteam