



Sehr geehrte Patienten, liebe Angehörige,

wir benötigen für eine optimale Versorgung von Ihnen oder Ihren Angehörigen schriftliche Angaben zur Person und Gesundheit (*unter Berücksichtigung des Datenschutzes*):

Persönliche Angaben:

_____, _____ / ____ / ____
Name Vorname Geburtsdatum

_____; _____
Straße und Haus-Nr. PLZ - Wohnort

_____/_____/_____
Festnetz Handy eMail

_____; Mitglied [], Familienmitglied [], Rentner [].
Krankenkasse

_____/_____
Erlerner Beruf Jetzige Tätigkeit

Haben Sie eine **Patientenverfügung** [], **Betreuungsverfügung** [], **Vorsorgevollmacht** []

Besteht ein Pflegegrad: beantragt [], 1 [], 2 [], 3 [], 4 [] oder 5 []?

Haben Sie eine Berufskrankheit [] und welche: _____,

Schwerbehinderung [], **Kriegs-/Wehrdienstbeschädigung** []?; **GdB:** _____%

Schweigepflichtentbindung für Angehörige und nahestehende Personen:

Wenn wir Angehörigen oder nahestehenden Personen Befunde oder aktuelle Gesundheitszustände mitteilen dürfen, brauchen wir hier Ihre schriftliche Einwilligung!

Verwandtschaftsgrad

Name

Telefon

_____, _____, _____
_____, _____, _____

Ort: _____, Datum: ____/____/____, Unterschrift: _____

Welcher Hausarzt hat Sie bisher betreut (*bitte Adresse angeben*)?

Bei welchen Fachärzten werden Sie noch behandelt? _____

Leiden oder litten Sie an übertragbaren Erkrankungen (*bitte ankreuzen*)?

HIV/AIDS []; Syphilis/Lues []; Hepatitis/Gelbsucht [];

Malaria []; sonstige: _____; (Sub)Tropenaufenthalt im letzten Jahr ?

Haben Sie Vorerkrankungen? (und seit wann)?

Hatten Sie Unfälle, Operationen oder Krankenhausaufenthalte (*und wann*)?

Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten, ggf. auch gegenüber Medikamenten?

Bitte legen Sie uns Ihren

- **Impfausweis**
- **Medikamentenplan aller eingenommenen Arzneimittel vor (*bitte auch pflanzliche Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel*)**

Unser Praxisteam bedankt sich für Ihre Mühe, Sie haben uns sehr geholfen!