



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Liebe Patientin, lieber Patient, um ihre bestmögliche medizinische Betreuung gewährleisten zu können, brauchen wir folgende Angaben:

Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Andere betreuende Ärzte

Patientenverfügung ja nein

Telefon (Festnetz)

Handy

E-Mail

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Größe

Gewicht

Beruf

Arbeitgeber

Angehörige ggf. Betreuer (Name, Telefon)

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? mg Dosis Seit wann?

Ihre letzten Vorsorgeuntersuchungen (wann?)

Check-Up 35

Krebsvorsorge

Hautkrebsscreening

Impfpass vorhanden ja nein

Bekannte Impfungen Tetanus Diphtherie Polio Keuchhusten

FSME Pneumonie Mumps Masern

Röteln Hepatitis A Hepatitis B Grippe



Chronische Erkrankungen:

Lunge	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Familie	seit _____
Herz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Familie	seit _____
Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Familie	seit _____
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Familie	seit _____
Rheuma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Familie	seit _____
Wirbelsäue	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Familie	seit _____

Operationen (welche, wann)

Bekannte Allergien

Recall-System

Möchten Sie ein kostenloses Service nutzen, um rechtzeitig über anstehende Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen informiert zu werden?

- Ja, ich möchte am Recall-System teilnehmen
- Nein, ich möchte nicht am Recall-System teilnehmen

Datum

Unterschrift