

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Telefon privat	<input type="text"/>	Telefon Arbeit	<input type="text"/>
Mobilfunk	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		
Versicherung	<input type="text"/>		
Arbeitgeber	<input type="text"/>		
Sonstiges	<input type="text"/>		

Ist der Patient minderjährig? ja nein

Name / Vorname des gesetzlichen Vertreters

Anschrift des gesetzlichen Vertreters

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Zur ganzheitlichen Beurteilung bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

Ja Nein

Haben Sie eine chronische Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? <input type="text"/>		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? <input type="text"/>		
Haben Sie jemals ein Medikament schlecht vertragen (z.B. Übelkeit, Magenbeschwerden, Durchfälle, Hautausschläge, allergische Erscheinungen oder Ähnliches)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welches? <input type="text"/>		
Haben oder hatten Sie		
- allergische Erkrankungen (z.B. Heuschnupfen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- schwere Atemnot oder Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herz- und Kreislauf-Beschwerden oder -Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nierenbeschwerden oder -erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Magen- oder Darmgeschwüre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Infektion mit dem Virus HIV (AIDS-Erkrankung), mit Coronaviren (MERS, SARS) oder anderen Influenza-Viren (Typ A / B)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gelbsucht oder Leberkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schwangerschaft / Stillzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter bzw. Nachfolger des Praxisinhabers meine Patientenakte einsehen. Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Eine Patienteninformation zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung wird Ihnen ausgehändigt. Die allgemeine Patientenaufklärung erfolgte mündlich und wurde schriftlich ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (bzw. des Versicherten)