



Koblenz, \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Zur Anlage Ihrer Patientenakte und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben.

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und korrekt. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an eine unserer Mitarbeiterinnen. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

#### Persönliche Angaben:

Vorname		Nachname	
Geburtsdatum		Telefon privat	
Telefon beruflich		Mobiltelefon	
Telefon im Notfall		E-Mail	
Beruf		Größe/Gewicht	

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Bei welchem Arzt wurden Sie vorher behandelt?

\_\_\_\_\_

#### Angaben zu Ihrer Gesundheit:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:

	Ja Nein	Wenn ja, welche?
Herz- Kreislauf Erkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Magen-Darm Erkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nervensystem /Psyche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Blutgerinnung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Schwere Operationen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Stoffwechsel (z.B. Diabetes, Schilddrüse)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	Morgens	Mittags	Abends

**Fragen zu Ihrem individuellen Risiko:**

Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja wieviel? _____ seit wann? _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	An wie viel Tagen der Woche? _____
Hatten Ihre Eltern oder Geschwister einen Herzinfarkt, bei Männern vor dem 55. oder Frauen vor dem 65. Lebensjahr?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Hatten Ihre Eltern oder Geschwister eine Darmkrebserkrankung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ist bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann zuletzt? _____
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____
Wann wurden Sie zuletzt geimpft und wogegen?		
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja welchen? _____
Haben Sie eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Welche aktuellen Gründe oder Beschwerden gibt es für Ihren Besuch?

---



---

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der Angaben!

Koblenz, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_