

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten erleichtern eine bestmögliche Behandlung. Falls sie einige Fragen nicht beantworten können, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ansonsten umkreisen Sie die Antwort.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Tel. (Privat): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel. (Mobil): \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_cm      Gewicht: \_\_\_\_\_kg

**Rauchen Sie?**      Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag      Nein, bzw. aufgehört seit \_\_\_\_\_ Jahren

**Sind Sie Schwanger?**      Ja      Nein

**Treiben Sie Sport?**      Ja      Nein      \_\_\_\_\_ mal pro Woche

**Leiden Sie unter Schlafstörung?**      Ja      Nein

**Schnarchen Sie?**      Ja      Nein

**Wieviel mal pro Woche trinken Sie Alkohol?**      1x      2x      3x      4x      5x      6x      7x

**Haben oder hatten Sie in letzter Zeit häufiger folgende Beschwerden ?**

Atemnot      Brustschmerzen      Herzrasen      Wassereinlagerungen

Durchfall      Übelkeit      Verstopfungen      Bauchschmerzen

Müdigkeit      Schwindel      Erschöpfung      Antriebslosigkeit

Gelenkschmerzen      Rückenschmerzen      Sturzneigung

Weitere Beschwerden: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie Operationen?**      Ja      Nein      Welche? und Wann? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Allergien?**      Ja      Nein      Welche: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Medikamentenunverträglichkeiten:**      Ja      Nein      Welche: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**      Ja      Nein      Welche: \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?**

Bluthochdruck	Thrombose	Herzinfarkt
Diabetes	Lebererkrankungen	Nierenerkrankungen
Lungenerkrankungen	Gemütererkrankungen	Schilddrüsenkrankungen
Reizdarm	Krampfanfälle	Blutungsneigungen
Migräne	Chronische Infektionen	Rheuma
Arthrose	Osteoporose	Krebserkrankungen
Glaukom	Impfkomplikationen	Reizdarm
Schlaganfall		
Sonstige: _____		

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Infektionen?**

HIV	Windpocken	Röteln	Masern
Mumps	Keuchhusten	Hepatitis	Borreliose
Sonstige: _____			

**Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?**

Bluthochdruck	Demenz	Herzinfarkt	Schlaganfall
Thrombose	Krebserkrankungen	Allergien	Diabetes mellitus
Lungenerkrankungen	Sonstige: _____		

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? Ja Nein Vitamine / Mineralstoffe? Ja Nein**

Wenn ja welche: (z.B. Pille, ASS, Marcuma, bitte auch Augentropfen und Sprays angeben)

Medikament/Nahrungsergänzungsmittel	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht	bei Bedarf

**Haben Sie in den letzten 2 Jahren ein Land außerhalb Europas besucht? Ja nein**

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?** \_\_\_\_\_

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung**

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern und an diese übermitteln darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung der Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

**Bergisch Gladbach, den** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_