

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Name:

Vorname:

Geb.:

Tel. privat:

Mobil:

E-Mail:

Beruf/aktuelle Tätigkeit:

Hausarzt:

Aktuelle Beschwerden/  
Vorstellungsgrund:

Seit wann bestehen die  
Beschwerden:

Wurden diese Beschwerden  
schon behandelt?

Ja

Nein

Wann letztmalig?

Durch wen? (z.B. Hausarzt)

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

- |   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                          | <input type="checkbox"/> Thrombose                           | <input type="checkbox"/> Schlaganfall         | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                   | <input type="checkbox"/> Diabetes                         |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung                        | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                    | <input type="checkbox"/> Asthma<br>bronchiale | <input type="checkbox"/> COPD                          | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit                  |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankungen                       | <input type="checkbox"/> HIV                                 | <input type="checkbox"/> MRSA                 | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-<br>erkrankungen | <input type="checkbox"/> Künstl. Gelenk<br>(Endoprothese) |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall                    | <input type="checkbox"/> Arthrose (z.B.<br>Hüfte/Kniegelenk) | <input type="checkbox"/> Rheuma               | <input type="checkbox"/> Osteoporose                   | <input type="checkbox"/> Keine                            |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen,<br>wenn ja, welche? |  |   |  |   |

Sonstige Vorerkrankungen/Verletzungen?

Chirurgische Operationen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und wann?

**Letzte Impfung gegen Tetanus (Wundstarrkrampf)?**

Bisher letzte Impfung am: \_\_\_\_\_

- Letzte Impfung länger als 10 Jahre zurückliegend
- Letzte Impfung kürzer als 10 Jahre zurückliegend

**Größe** (in cm):

**Gewicht** (in kg):

**Sind Sie schwanger?**  Ja, \_\_\_\_\_ Woche  Nein  Ungewiss

(Wegen des Mutterschutzes bitten wir Sie um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!)

**Sind Allergien bekannt**  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

**Nehmen Sie aktuell blutverdünnende Medikamente ein?**  Ja, welche?  Nein

(z.B. ASS, Marcumar, Xarelto, Lixiana, Eliquis...)

**Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und Sie bitten, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

**Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. 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 die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).**

**Mir ist bewusst, dass meine Daten streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert werden. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit zur Beantwortung der Fragen genommen haben.