

Für welche Praxis stellen Sie die Anfrage?

☐ Praxis Ott / Ott-Tiemann / Stock

☐ Praxis Dobler

☐ Praxis Dukic

Herzlich willkommen! Bitte füllen Sie den Bogen möglichst vollständig aus. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Telefon / Mobil

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

E-Mail

Bisherige Hausarztpraxis / Ort (falls vorhanden)

Hausarztprogramm (HZV) bei anderer Praxis?

☐ Ja

☐ Nein

Größe

 cm

Gewicht

 kg

GESUNDHEITLICHE ANGABEN

Allergien

Medikamenten-Unverträglichkeiten

Regelmäßige Medikamente (Name / Dosis)

Operationen / Krankenhausaufenthalte (was / wann?)

Rauchen

☐ Nein

☐ Ja, ca.

 /Tag

Alkohol

☐ Nein

☐ Ja

 /Woche

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen?

☐

Bluthochdruck

☐

Diabetes mellitus

☐

Fettstoffwechselstörung

☐

KHK / Herzinfarkt

☐

Schlaganfall

☐

Asthma / COPD / Lungenerkrankung

☐

Thrombose / Lungenembolie

☐

Nierenerkrankung

☐

Leber- / Gallenerkrankung

☐

Gefäßerkrankung / pAVK

☐

Tumorerkrankung

☐

Migräne / Krampfleiden

☐

Wirbelsäule / Gelenke

☐

Depression / Angststörung

Andere relevante Erkrankungen

FAMILIE & VORSORGE

Erkrankungen in der Familie

☐

Bluthochdruck

☐

Diabetes

☐

Herzinfarkt

☐

Schlaganfall

☐

Tumor

Letzte Vorsorge (falls bekannt)

Check-up:

Hautkrebsscreening:

Darmspiegelung:

Impfweis vorhanden?

☐

Ja

☐

Nein

Weitere wichtige Informationen / aktuelles Anliegen (optional)

Zum ersten Termin bitte mitbringen:

Versichertenkarte · Impfweis · relevante medizinische Unterlagen der letzten fünf Jahre · aktueller Medikamentenplan (falls vorhanden)