

Hautarztpraxis
Dr. med. Andreas Schlegel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient

Name	Vorname	Geb.-Datum
------	---------	------------

Anschrift

Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
--------	------------	--------------	---------

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Mobil) Beruf

Krankenvers. Hausarzt

versichert über

Name	Vorname	Geb.-Datum
------	---------	------------

Anschrift

Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
--------	------------	--------------	---------

Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein **Leiden Sie unter Schlafstörungen?** ja / nein

Hautärztliche Operationen? ja / nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte (Psoriasis) | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Akne |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV |

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

- | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Allergien |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar):

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

- | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Bekannte(r) | <input type="checkbox"/> Telefonbuch | <input type="checkbox"/> Zeitung | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Praxisschild | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja / nein

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service unseren **E-Mail-Patientenbrief** mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Gesundheit und Vorsorge sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden?

ja / nein

.....
Datum

.....
Unterschrift