



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.
Damit wir uns optimal auf Sie vorbereiten können, bitten wir Sie,
diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Vielen Dank.

NAME/VORNAME
GEBURTSDATUM
STRASSE
WOHNORT
TELEFON PRIVAT
BERUF
ARBEITGEBER
TELEFON BERUFLICH
E-MAIL-ADRESSE

KRANKENKASSE
SELBST VERSICHERT? JA NEIN
VERSICHERT EHEMANN EHEFRAU VATER MUTTER
MIT
NAME VORNAME
GEBURTSDATUM
HAUSARZT
HAUSZAHNARZT

JA NEIN
 Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, weshalb? _____

 Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen
einer schweren Krankheit behandelt?
Wenn ja, wegen welcher Krankheit? _____

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?
 Herz-, Kreislauferkrankungen
 Krampfanfälle _____
 Zuckerkrankheit
 Leberleiden
 Schilddrüsenerkrankung
 Tuberkulose
 Augenleiden _____
 Allergien _____
 Sind Sie HIV positiv?
 Bluten Sie bei Verletzungen oder Zahn-
entfernungen lange nach?
 Können Sie irgendwelche Medikamente nicht
vertragen? Wenn ja, welche? _____

 Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

JA NEIN
 Nehmen Sie Drogen oder leiden Sie an sonstigen
Abhängigkeiten? Wenn ja, welche? _____

 Sind Sie schwanger?
 Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?
Welche Organe? _____

 Ich stimme der elektronischen Erfassung
meiner persönlichen Daten zum Zwecke der
Behandlung und Abrechnung zu.
 Ich wünsche auch in Zukunft einen Praxis-Recall-
Service und wichtige Informationen per
 Telefon Email Brief
 Dieses Einverständnis kann jederzeit von mir
widerrufen werden
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:
 Radio/Fernsehen
 Anzeigen
 Empfehlung: _____

NAME, ADRESSE
 Internet
 Veranstaltungen
 Sonstiges _____
 Überweisung

++ VIELEN DANK FÜR IHRE MÜHE!

DATUM - UNTERSCHRIFT PATIENT/IN (ERZIEHUNGSBERECHTIGTE)