

Herzlich willkommen in unsrer 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 Dokuments.

Patient:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
PLZ u. Wohnort: _____
Größe: _____
Gewicht: _____
Krankenkasse: _____

Kontaktdaten:

Tel (Privat): _____
Tel (Handy): _____
E-Mail: _____

Können Sie sich uneingeschränkt belasten? ja nein
Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
Ist eine Berufskrankheit bekannt? ja nein, wenn ja welche? _____
Anerkannt wann: _____ durch Berufsgenossenschaft: _____
Rauchen Sie? ja nein, wenn ja wie viele am Tag? _____ Seit wann? _____
Sind Sie schwanger? ja nein
Haben Sie Haustiere? ja nein, wenn ja welche? _____
Treiben Sie Sport? ja nein, wenn ja wie viele Stunden in der Woche? _____
Schnarchen Sie? ja nein, wenn ja Sind Atemaussetzer bekannt? ja nein
Allergien/Medikamentenunverträglichkeit? ja nein, wenn ja welche?

Hausarztpraxis Beck
Nordheimstraße 75 / 27476 Cuxhaven-Sahlenburg
E-Mail: info@hausarztpraxis-sahlenburg.de

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja welche (z.B. Pille, Marcumar; bitte auch Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Medikamente	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Familienmitglied benachrichtigen? Ja nein, wenn ja bitte Kontaktdaten eintragen
(Name/Tel: _____)

Cuxhaven-Sahlenburg, den _____ Unterschrift Patient/Patientin _____