

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 \_\_\_\_\_