

Willkommen in unserer Hausarztpraxis! Da Sie erstmalig in unserer Praxis behandelt werden, möchten wir Sie bitten, uns einige wichtige Informationen zu geben. Damit setzen wir einen optimalen Startpunkt für ein gutes und konstruktives Verhältnis.

### Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen!

.....

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

Tel. mobil: .....	Schulabschluss: .....
Tel. privat: .....	Derzeitige Tätigkeit: .....
Tel. dienstl.: .....	Erlerner Beruf: .....
Email: .....	Firma: .....

**Familienstand:**    alleinstehend    verheiratet/Lebensgemeinschaft    verwitwet      **Kinder:** .....

**Es besteht ein:**       Pflegegrad: .....       Grad der Behinderung: ..... %

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?**

Bluthochdruck       Zuckerkrankheit       Schlaganfall (Jahr:      )       Herzinfarkt (Jahr:      )

Krebserkrankung       Schilddrüsenerkr.       Asthma/COPD       Herzrhythmusstörungen

andere: .....

**Sind Sie operiert worden? Bitte das Jahr mit vermerken!**

Blinddarm       Galle       Mandeln       Schilddrüse

Knieprothese       Hüftprothese       Haut

andere: .....

**Welche Medikamente (auch selbst gekaufte) nehmen Sie derzeit ein?**

.....

.....

.....

.....

**Haben Sie Allergien?**       nein       ja, gegen: .....

.....  
 Name Vorname

**Rauchen Sie?**  nie!  Exraucher seit .....  ja, ..... Zigaretten/Tag  
**Wie lange rauchen Sie/haben Sie geraucht?** ..... Jahre

**Wie viel Alkohol trinken Sie?**  Bier .....Fl./Woche  Wein .....Gl./Woche  Schnaps ...../Woche

**Vorher behandelnde Hausarztpraxis:** .....  
**Bisherige Teilnahme an:**  Hausarztprogramm (HzV)  Disease Management Programm (DMP), z.B. „Zuckerprogramm“

**Teilnahme an Früherkennung?**  Darmspiegelung  Mammografie  Prostatakrebs

**Bei welchen Spezialisten sind Sie in Behandlung?**  
 .....  
 .....

**Welche Erkrankungen sind bei Ihren Blutsverwandten aufgetreten?**

Bei den **Ereignissen** und **Krebs** (z.B. Herzinfarkt) vermerken Sie bitte auch das **Alter**, in dem es aufgetreten ist! (zum Beispiel: „mit 55 J.“, **nicht** „vor 20 J.“ oder „1978“)

	Geschwister	Vater	Mutter	Großeltern
Zuckerkrankheit				
Bluthochdruck				
Herzinfarkt				
Schlaganfall				
Darmkrebs				
Brustkrebs				
Prostatakrebs				
Depression/ Selbstmord				

..... Datum ..... Unterschrift