

Name, Vorname _____

geb. _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in der Gemeinschaftspraxis **Bieberau** begrüßen zu dürfen.

Für eine erfolgreiche Behandlung ist auch die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig.
Beantworten Sie deshalb bitte die folgenden Fragen so gut wie möglich. **Vielen Dank!**

Telefon: _____ 2. Telefonnummer (z.B. Handy oder Arbeit): _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt (auch gegen Medikamente)? nein ja
falls ja, welche?

Wurden Sie schon einmal operiert oder waren Sie im Krankenhaus? nein ja
falls ja, woran oder warum?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja
falls ja, welche und wie häufig?

Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen bekannt
oder können Sie sich an auffällige Befunde früherer Untersuchungen erinnern? nein ja
falls ja, welche?

Welche Erkrankungen Ihrer Eltern und Geschwister sind Ihnen bekannt?
Oder woran sind diese verstorben?

Wie groß sind Sie? _____ cm und Ihr Gewicht? _____ kg Rauchen Sie? nein ja

Zeigen Sie uns bitte Ihren Impfausweis, damit wir Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit prüfen können.
Wenn Sie den Ausweis nicht dabei haben, bringen Sie ihn bitte zum nächsten Besuch mit! ok

Nutzen Sie das Internet? nein ja
Auf unserer Webseite www.praxis-bieberau.de informieren Sie sich schnell und über unser Leistungsangebot, aktuelle
Gesundheitsthemen und unser Team. Sie können dort bequem **Wiederholungsrezepte** und **Überweisungen** vorbestellen.

Tragen Sie bitte hier Ihre **e-mail Adresse** ein,
wenn Sie über Neuigkeiten informiert werden möchten: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
Warum haben Sie sich für uns entschieden?

Groß-Bieberau, den _____
Datum

Unterschrift