

Patientendaten & Medizinische Informationen

Alle Angaben sind **freiwillig** und unterliegen der ärztlichen **Schweigepflicht!**

Sensible Angaben können Sie auch im persönlichen Arztgespräch besprechen.

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
für eine optimale Behandlung bitten wir Sie folgende Felder auszufüllen.

Persönliche Daten:

Nachname: _____ Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____ Straße: _____ Hausnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____ / _____

Tel.-Nr. Privat: _____ Tel.-Nr. Mobil: _____

Tel.-Nr. Geschäft: _____ Tel.-Nr. Sonstige: _____

Emailadresse: _____

Beruf: _____ Rentner

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert: _____

Für Privatpatienten:

Name des Hauptversichernehmers: _____ wie oben

Geburtsdatum des Hauptversichernehmers: _____ wie oben

Grund des heutigen Praxisbesuchs:

- akute Erkrankung chronische Erkrankung
 Vorsorge (Untersuchung/Impfung) Schmerzen
 Ich brauche eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
 Sonstiges / „Was können wir für Sie tun“?: _____

Wenn möglich geben Sie uns bitte eine Beschreibung Ihrer Beschwerden an:

Seit wann haben Sie die Beschwerden und wann treten Sie auf:

- seit heute seit gestern seit ein paar Tagen
 seit Wochen seit Monaten seit Jahren von Geburt an

Für Patienten mit Schmerzen:

Wie stark sind aktuell Ihre Beschwerden auf der Skala (bitte ankreuzen):

Keine Schmerzen - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - **10 stärkste Schmerzen**

