



# Praxis Am Eck

„Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Tuns“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre  
Behandlung von großer Wichtigkeit. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und  
Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. Datum: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Größe: \_\_\_\_\_ cm

Raucherstatus:    Raucher       Nichtraucher       Nie geraucht

Diabetiker:    Ja    Nein

Blutdrucksenkende Medikamente:    Ja    Nein

Herzinfarkt in der Familie:    Ja    Nein

Nehmen Sie an einem DM- Programm der Krankenkassen, z.B. Diabetes, KHK,  
Asthma/ COPD, teil?

Diabetes Mellitus Typ 2:    Ja       Nein

KHK:    Ja       Nein

Asthma/ COPD:    Ja       Nein

Bestehen bei Ihnen Allergien (auch Arzneimittel)? \_\_\_\_\_

Wer war ihr bisheriger behandelnder Arzt? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?       Ja    Nein (wenn Ja, welche)       Pille

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie bei bevorstehenden Untersuchungen,  
oder Impfungen telefonisch/ per E-Mail benachrichtigen (Recall)?

Ja       Nein

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten