



**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Bitte helfen Sie uns, indem Sie diesen Patientenbogen ausfüllen und die folgenden Fragen soweit wie möglich vollständig beantworten. Falls Unklarheiten bestehen, sprechen Sie uns gerne an!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

*Ihr Praxisteam*

Vorname	
Name	
Geb.-Datum	
Straße / Hausnr.	
PLZ / Wohnort	
Tel.-Nr.	
Handy-Nr.	
E-Mail-Adresse	
Beruf	
Krankenkasse	
behandelnder Hausarzt	
Hauptversicherter PKV (bei minderjährigen Patienten)	

Private Zusatzversicherung:     nein     ja, bei \_\_\_\_\_

Größe (m)	
Gewicht (kg)	



Name, Vorname \_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen** bekannt?

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Schilddrüsenerkrankungen
- Infektionserkrankungen
- Osteoporose
- Blutungsneigungen
- Herz- oder Kreislauferkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Asthma
- Tumor, Krebs
- Anfallsleiden
- andere: \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente** nehmen Sie dauerhaft und in welcher Dosierung ein (insbesondere auch Mittel zur Blutverdünnung, wie z.B. Marcumar oder ASS)?

Medikament	Dosierung	Krankheit



Name, Vorname \_\_\_\_\_

**Sind Allergien** bekannt , insbesondere gegen Mittel zur lokalen Betäubung (sogenannte Lokalanästhetika) oder Antibiotika ?

- mir sind keine Allergien bekannt
- ich habe Heuschnupfen und reagiere auf: \_\_\_\_\_
- ich habe Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

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

- folgende Medikamente lösen bei mir eine Allergie/Unverträglichkeit aus:

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

- Bei Frauen: besteht aktuell eine **Schwangerschaft**? ja/nein

**Alle Anfragen (per Mail, Telefon oder sonstigen Kommunikationswegen) werden privat nach GOÄ liquidiert.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bzw. Erziehungsberechtigter)