

Selbstauskunftsbogen für neue Patienten

HAUSARZTPRAXIS SONDERMANN CIOBANU

Persönliche Daten:

- Vorname: _____
- Nachname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Geschlecht: ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers
- Geburtsort: _____
- Nationalität: _____
- Adresse: _____
- PLZ: _____ Stadt: _____
- Telefon (mobil): _____
- Telefon (Festnetz): _____
- E-Mail-Adresse: _____

Versicherungsdaten:

- Versicherungsträger: ☐ Gesetzlich ☐ Privat
- Name der Krankenkasse: _____
- Versicherungsnummer: _____
- Mitgliedsnummer: _____
- Gültig bis: _____

Notfallkontakt:

- Name des Notfallkontakts: _____
- Beziehung zum Patienten: _____
- Telefonnummer: _____

Medizinische Vorgeschichte:

1. Bestehen derzeit oder bestanden in der Vergangenheit gesundheitliche Probleme?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte erläutern: _____



2. Nehmen Sie derzeit Medikamente?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

3. Haben Sie Allergien (z. B. Medikamente, Nahrungsmittel, Pollen)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte spezifizieren: _____

4. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

5. Haben Sie eine Vorgeschichte von Operationen oder Krankenhausaufenthalten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

6. Bestehen in Ihrer Familie erbliche Krankheiten (z. B. Diabetes, Herzkrankheiten)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Lebensstil:

1. Rauchen Sie?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viel pro Tag? _____

2. Trinken Sie Alkohol?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie oft und wie viel? _____

3. Betreiben Sie regelmäßig Sport?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Art von Sport? _____

Wie oft? _____

Impfungen:

· Wurden Sie in der Vergangenheit gegen Grippe geimpft?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann? _____



- Haben Sie andere Impfungen erhalten? (z. B. Tetanus, Masern, Pneumokokken)

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Angaben:

- Gibt es noch weitere Informationen, die für Ihre Behandlung wichtig sein könnten?

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die oben angegebenen Daten zur medizinischen Versorgung und Verwaltung in der Praxis Sondermann Ciobanu gespeichert und verarbeitet werden. Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Daten jederzeit einsehen und ändern kann.

Unterschrift des Patienten: _____

Datum: _____

