

---

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

wir freuen uns, dass Sie den Weg in unsere Praxis gefunden haben und heißen Sie herzlich willkommen! Zur optimalen Betreuung bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Im Anschluss geben Sie diesen Bogen bitte bei den Arzthelferinnen ab.

\_\_\_\_\_  
(Titel, Name, Vorname) \_\_\_\_\_ (Krankenkasse)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum) \_\_\_\_\_ (Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ) \_\_\_\_\_ (Wohnort)

\_\_\_\_\_  
(Telefonnummer) \_\_\_\_\_ (Email-Adresse)

**Ihnen bekannte Medikamentenunverträglichkeiten oder -allergien:**

**Welche Medikamente in welcher Dosierung nehmen Sie dauerhaft oder bedarfsweise ein?  
Nutzen Sie ggf. die Blattrückseite.**

**Welche chronischen Erkrankungen liegen vor (z.B. hoher Blutdruck, Diabetes, eine  
Krebserkrankung, Bandscheibenvorfälle, Asthma etc.)?**

**Wurden Sie bereits operiert? Wenn ja, was wurde operiert?**

**Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) vor? Wenn ja, in welcher Höhe?**

**Welchen Beruf üben Sie aktuell aus (wichtig bei Arbeitsunfähigkeit)?**

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

**Mit einer Übermittlung von wichtigen Mitteilungen (Schließungszeiten, Warnhinweise für  
Medikamente, wichtige medizinische Informationen) an meine oben angegebene  
email-Adresse bin ich einverstanden:**

Ja  / Nein

Herzlichen Dank für Ihre Angaben.

---