

Allgemeinarzt-Praxis Dr. med. Martina Kubo

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich Willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit.
Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die
Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, PLZ, Wohnort	
Krankenkasse	
Telefon Festnetz	
Telefon mobil	
E-Mail	
Erlerner Beruf	
derzeitige Tätigkeit	

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? (wenn ja, bitte ankreuzen)

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Neurologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, TBC)	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Gicht / erhöhte Harnsäure	<input type="checkbox"/>	Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>
Gelenkerkrankung (Rheuma)	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Weitere Erkrankungen: (welche)		Allergische Erkrankungen: (welche)	
-		-	
-		-	

Fanden Operationen statt?

OP	Jahr

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein?

Medikament + Dosis	Früh	Mittags	Abends	Zur Nacht

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben, und dass ich über die DSGVO in Kenntnis gesetzt wurde und damit einverstanden bin.

.....
Datum

.....
Unterschrift