



Herzlich willkommen!

Wir als Team der Arztpraxis Wöbbelin freuen uns, Sie als neue*n Patient*in in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Damit schon bei Ihrem ersten Besuch in unserer Sprechstunde keine relevanten Informationen über Ihren Gesundheitszustand unberücksichtigt bleiben und wir Ihnen möglichst schnell und effektiv helfen können, bitten wir Sie, uns zunächst folgende Fragen zu Ihrer Vorgeschichte zu beantworten:

Kontaktdaten:

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	
Telefonnummer	
E-Mail	
Aktuelle berufliche Tätigkeit	
Wenn in Rente, zuletzt ausgeführte Tätigkeit	

Familienanamnese:

Ist **bei Angehörigen Ihrer Familie** eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

	Ja	Nein
Bluthochdruck		
Herzkrankheit (z.B. Zustand nach Stent-OP), Zustand nach Herzinfarkt		
Zustand nach Schlaganfall		
Erhöhte Blutfettwerte		
Erhöhter Blutzucker (Diabetes mellitus Typ II)		
Erkrankungen der Niere		
Erkrankungen der Lunge		
Zustand nach Blutgerinnselbildung oder Lungenembolie		
Krebserkrankung		



Eigenanamnese

Ist **bei Ihnen** eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

	Ja	Nein
Bluthochdruck		
Herzkrankheit (z.B. Zustand nach Stent-OP), Zustand nach Herzinfarkt		
Zustand nach Schlaganfall		
Erhöhte Blutfettwerte		
Erhöhter Blutzucker (Diabetes mellitus Typ I/II)		
Erkrankungen der Niere		
Erkrankungen der Lunge		
Zustand nach Blutgerinnselbildung (Thrombose) oder Lungenembolie		
Krebserkrankung		

Fand bei Ihnen schonmal eine **Operation** statt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was wurde operiert? (z.B. Entfernung der Gallenblase, Entfernung des Blinddarms, Einsatz eines künstliches Hüft- oder Kniegelenkes, ...)

.....

.....

Sind bei Ihnen **Allergien oder Unverträglichkeit** bekannt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? (z.B. Medikamente, Kontrastmittel)?

.....

.....



Impfstatus

Ich habe einen Impfausweis. (**Bringen Sie diesen bitte mit zu Ihrem Termin.** Sollten Sie Ihren Impfausweis nicht mehr haben, dann stellen wir Ihnen sehr gerne einen neuen aus und besprechen die notwendigen (Nachhol-)Impfungen.)

☐ Ja ☐ Nein

Ich bin **gegen Tetanus geimpft** worden.

☐ Ja und zwar zuletzt im Jahr: ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Ich bin **gegen Pneumokokken** (Erreger der Lungenentzündung) **geimpft** worden.

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Ich bin **gegen COVID-19** geimpft worden.

☐ Ja, 1x ☐ Ja, 2x ☐ Ja, 3x ☐ Nein

Ich bin an **COVID-19** erkrankt.

☐ Ja und zwar (Monat, Jahr) ☐ Nein

Persönliche Lebensweise

	Nie	Früher, aktuell jedoch nicht mehr	Selten	Regelmäßig
Rauchen				
		Gesamtdauer in Jahren:	Anzahl der Zigaretten pro Monat:	Anzahl der Zigaretten pro Tag:
Alkohol				
Stress, Ärger				
Sportliche Betätigung				

Wurde bei Ihnen innerhalb der letzten drei Jahren eine **Gesundheits- und /oder Krebs- (inklusive Hautkrebs)** Vorsorge-Untersuchung durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein



Nehmen sie **regelmäßig Medikamente** ein?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wäre es sehr hilfreich, wenn Sie diese zum ersten Besuch bei uns mitbringen oder im Folgenden benennen könnten:

.....

.....

Sind Sie damit einverstanden, dass wir der Lieferapotheke, Sanitätshäusern und mitbehandelnden Fachärzt*Innen auf Nachfrage Ihre Telefonnummer übermitteln?

☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie damit einverstanden, dass wir von Ihrem bisherigen Hausarzt/ Ihrer bisherigen Hausärztin vorhandene Befunde in Ihrem Auftrag anfordern?

☐ Ja ☐ Nein

Bisheriger Hausarzt/ Hausärztin und Ort:

.....

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, Sie zum Thema Datenschutz in unserer Praxis zu informieren. Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter

<https://www.praxis-woebbelin.de/datenschutz>.

Alternativ händigen wir Ihnen auf Nachfrage gerne unsere Datenschutzerklärung in gedruckter Form aus.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift