

**Xenia Gerassimoff**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin

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.

Patient .....

Name	Vorname	Geb.-Datum
------	---------	------------

Anschrift .....

Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
--------	------------	--------------	---------

Tel. (Privat) ..... E-Mail .....

Tel. (Mobil) ..... Beruf / Tätigkeit .....

Tel. (Büro) ..... Größe ..... Gewicht .....

**Nächster Angehöriger** .....

Name	Vorname	Telefonnummer
------	---------	---------------

**Trinken Sie Kaffee?**  keinen  < 3 Tassen/Tag  > 3 Tassen/Tag

**Trinken Sie Alkohol?**  keinen  selten  > 2x / Woche  täglich

**Rauchen Sie?**  ja /  nein /  aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Schnarchen Sie?**  ja /  nein Sind nächtliche Atemaussetzer bekannt?  ja /  nein

**Treiben Sie Sport?**  ja /  nein Wenn ja, welchen und wie oft? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?**  ja /  nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? \_\_\_\_\_

**Operationen / Bestrahlung / Chemotherapie?**  ja /  nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergien?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Sind Sie Schwanger?**  ja /  nein **Geburten/ Kinder:** \_\_\_\_\_ **Kinderwunsch:**  ja /  nein

**Sind Sie**  ledig  verheiratet  in einer Beziehung  verwitwet

**Waren Sie in den letzten 12 Monaten außerhalb der EU auf Reisen?** \_\_\_\_\_

**Medikamentenunverträglichkeiten?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Ist eine Berufskrankheit bekannt?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Xenia Gerassimoff**  
 Fachärztin für Allgemeinmedizin

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?**

- |  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Thrombose          | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt       | <input type="checkbox"/> Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> Diabetes        |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> COPD          | <input type="checkbox"/> Tuberkulose     |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr.  | <input type="checkbox"/> Reizdarm          | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Migräne           | <input type="checkbox"/> Chr. Infektionen   | <input type="checkbox"/> Rheuma            | <input type="checkbox"/> Arthrose      | <input type="checkbox"/> Osteoporose     |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Glaukom            | <input type="checkbox"/> HIV               | <input type="checkbox"/> Windpocken    | <input type="checkbox"/> Röteln          |
| <input type="checkbox"/> Masern            | <input type="checkbox"/> Mumps              | <input type="checkbox"/> Keuchhusten       | <input type="checkbox"/> Hepatitis     |  |

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?**

- |  |   |  |  |                                    |
|--|---|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Gallen-/Nieren-/Blasensteine | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt       | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien                    | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> COPD      |

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?**  ja /  nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar; bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

**Wann war Ihre letzte gynäkologische/urologische Vorsorgeuntersuchung?** \_\_\_\_\_

**Hatten Sie schon eine Darmspiegelung?**  ja /  nein      zuletzt? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

**Welche Impfungen erfolgten zuletzt?** (z.B. Tetanus, Diphtherie, Polio; wenn möglich bitte mit Jahreszahl)

\_\_\_\_\_

**Vorheriger Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung vorhanden?**  ja /  nein; **Behinderung:** \_\_\_\_\_ GdB; **Pflegestufe:** 0  / 1  / 2  / 3

**Hilfsmittel:** \_\_\_\_\_

**Xenia Gerassimoff**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service unseren **E-Mail-Patientenbrief** mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Gesundheit und Vorsorge sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden?

ja /  nein

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

**Datenschutz:**

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig.

Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen, dürfen Ihre Daten durch uns erhoben und bearbeitet werden. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Labore) zu übermitteln oder von anderen Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung mittels Ihrer Unterschrift.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift