



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
 Geb.-Datum
 Straße Hausnummer
 Wohnort Postleitzahl
 Tel. (Privat)
 Tel. (Mobil) Beruf / Tätigkeit
 E-Mail Größe Gewicht
 Hausarzt

Ernährungsweise? Mischköstler Ovo-lacto Vegetarier Ovo Vegetarier Lacto Vegetarier Veganer
Trinken Sie Kaffee? keinen selten < 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?**
Treiben Sie Sport? ja nein **Wenn ja, welchen und wie oft?**
Sind Sie schwanger? ja nein **Haustiere?** ja nein **Sind Sie in der Menopause?** ja nein
Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja nein **Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche?**
Haben Sie Metallimplantate / Herzschrittmacher etc.? ja nein

Haben oder hatten Sie kürzlich häufiger folgende Beschwerden?

Antriebslosigkeit	Appetitlosigkeit	Atemnot	Brustschmerzen
Durchfall	Ellenbogenschmerzen	Erbrechen	Erschöpfung
Fallneigung	Fieber	Fußschmerzen	Gelenkschwellung
Handschmerzen	Herzrasen	Hüftschmerzen	Knieschmerzen
Kopfschmerzen	Müdigkeit	Nackenschmerzen	Rückenschmerzen
Schulterschmerzen	Schwindel	Stand-/ Gangunsicherheit	Sturzneigung
Traurigkeit	Übelkeit	Verspannungen	Verstopfung
Wadenschmerzen	Wassereinlagerung		

Weitere Beschwerden:

Operationen? ja nein **Bestrahlung?** ja nein **Chemotherapie?** ja nein

Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

.....

Allergien? ja nein **Wenn ja, welche:**

Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ja nein **Wenn ja, welche:**

Medikamentenunverträglichkeiten? ja nein **Wenn ja, welche:**

