

## Selbstauskunft des Patienten

### Persönliche Daten der Patientin/des Patienten

Name	_____	Vorname	_____
Anschrift	_____		
Geburtsdatum	_____	Telefon (Priv.)	_____
E-Mail	_____	Telefon (Ber.)	_____
Fax	_____	Mobil	_____
Familienstand	_____	Kinder	_____
Beruf	_____	Arbeitgeber	_____

### Krankenversicherung

Krankenversicherung _____	Basistarif	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	beihilfeberechtigt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Studententarif	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

### Allgemeine Angaben

Größe	_____	Gewicht	_____
Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel? _____
Trinken Sie Alkohol?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel? _____

### Impfungen

Haben Sie einen gültigen Impfschutz gegen

Tetanus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>	wenn ja, wann? _____
Diphtherie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>	wenn ja, wann? _____
Polio	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>	wenn ja, wann? _____
Keuchhusten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>	wenn ja, wann? _____
Lungenentzündung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>	wenn ja, wann? _____
FSME (Zecken)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>	wenn ja, wann? _____
Hepatitis A	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>	wenn ja, wann? _____
Hepatitis B	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>	wenn ja, wann? _____

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Allergien, Chronische Erkrankungen, Operationen

An welchen ernsthaften Krankheiten/Allergien/Allergien auf Medikamente leiden/litten Sie?

---

---

---

---

Sind Sie schon einmal operiert worden? Ja  Nein  Wenn ja, weswegen und warum?

---

---

---

---

### Medikation

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja  Nein  Wenn ja, welche und welche Dosis?

---

---

---

---

### Allgemeine Abschlussinformationen

Dürfen wir uns alte medizinische Unterlagen wie z.B. Krankenhausberichte, Röntgenbefunde, Laborergebnisse, etc. bestellen? Ja  Nein  Wenn ja, bei wem?

---

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Bei wem dürfen wir uns für Ihren Besuch bedanken?

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team der Praxis Thomas