



# HAUSARZTPRAXIS

## LINN KOSUB

Rathausstraße 37, 04416 Markkleeberg

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Um Sie optimal behandeln zu können, möchten wir Sie bitten, zu Ihrem ersten Arzttermin den ausgefüllten Fragebogen und Ihren Impfausweis, Medikationsplan sowie relevante medizinische Vorbefunde mitzubringen.

### **Persönliche Daten:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bisheriger Haus- oder Kinderarzt: \_\_\_\_\_

**Kontaktdaten:** Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Gesundheitsfragen:**

Größe: \_\_\_\_\_ m Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Ernährung  Mischkost  vegetarisch  vegan

Sind oder waren Sie Raucher?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten / Tag seit \_\_\_\_\_ Jahren

Trinken Sie Alkohol?  Nein  Ja, gelegentlich  Ja, regelmäßig Treiben

Sie Sport?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ x / Woche folgende Sportarten

### **Eigene Erkrankungen / Operationen:**

Bluthochdruck  Zuckerkrankheit (Diabetes)  erhöhte Blutfettwerte

KHK / Herzinfarkt  Thrombose  Lungenembolie

Schlaganfall  Blutgerinnungsstörung  Nierenerkrankung

Schilddrüsenerkrankung  Lebererkrankung  Rheumatische Erkrankung

Herzrhythmusstörung  Grauer Star (Katarakt)

Durchblutungsstörung der Beine  psychische Erkrankung(en)

Krebserkrankung(en): \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

## Welche Fachärzte besuchen Sie regelmäßig?

Kardiologie       Urologie       Augenarzt       Neurologie       Orthopädie

Diabetologie       Gynäkologie       Nephrologie

andere: \_\_\_\_\_

## Vorsorge:

Haben Sie einen vollständigen Impfschutz?       Ja       Nein       nicht bekannt

Wann war Ihre letzte Vorsorge-Untersuchung (Check Up 35 o.Ä.)? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Hautkrebs-Vorsorge? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Darmkrebs-Vorsorge (Stuhltest oder Koloskopie)? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Prostatakrebs-Vorsorge bzw. gynäkologische Vorsorge? \_\_\_\_\_

## Familiäre Erkrankungen (bitte Verwandtschaftsverhältnis und Alter bei Erkrankungsbeginn angeben):

Bluthochdruck \_\_\_\_\_

Herzkrankheit / Herzinfarkt / Schlaganfall \_\_\_\_\_

Durchblutungsstörungen der Beine \_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit (Diabetes) \_\_\_\_\_

Krebskrankung (welcher Art?) \_\_\_\_\_

## Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein?

Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends

Die **Patienteninformation zum Datenschutz, Hausarztpraxis Linn Kosub** (verfügbar über hausarztpraxis-kosub.de und ausliegend in der Praxis) habe ich gelesen und bin mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Daten gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) / Bundesdatenschutzgesetz einverstanden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_