



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) _____

Krebserkrankung (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