

Sehr geehrte Patientin,

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.

Patientin

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

Anschrift

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

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Mobil) Beruf/Tätigkeit

Hausarzt Größe Gewicht

Nächster Angehöriger

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

Kinderwunsch? ja / nein Sind Sie Schwanger? ja / nein / möglicherweise

Anzahl: Geburten? _____ davon mit _____ Kaiserschnitt _____ Zange _____ Saugglocke _____ Komplikationen

Anzahl: Fehlgeburten? _____ Abbrüche? _____ Eileiterschwangerschaften? _____

Alter bei der ersten Regelblutung? _____ Datum letzte Regelblutung? _____

Ernährungsweise? Mischköstler Ovo-lacto Vegetarier Ovo Vegetarier Lacto Vegetarier Veganer

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? _____

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? _____

Neigen Sie zu?

Kopfschmerzen Rückenschmerzen Gelenkschmerzen Bauchschmerzen Erschöpfung

Durchfall Verstopfung Übelkeit Traurigkeit Müdigkeit

Schwindel Atemnot Gedächtnisschwäche

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

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Medikamentenunverträglichkeit? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeit? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Vorerkrankungen: _____

Medikamente: _____
