

Selbstauskunftsbogen

Bitte füllen Sie den Bogen vor Ihrem ersten Termin aus und bringen Sie ihn mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1 Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geburtsdatum	Größe (cm)	Gewicht (kg)
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
Telefon (für Rückfragen und Befunde)	Mobil	E-Mail	
Beruf / Tätigkeit	Familienstand	Hausarzt bisher (Name, Ort)	

2 Versicherung

Versichertenstatus

☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Selbstzahler ☐ Beihilfe

Krankenkasse / Versicherung

Versichertennummer

Zuzahlungsbefreiung bis

3 Ihr Anliegen

Aktuelle Beschwerden, Grund Ihres Besuchs

Mitbehandelnde Fachärztinnen und Fachärzte (Fachrichtung, Name, Ort)

4 Vorerkrankungen

Bitte ankreuzen, was auf Sie zutrifft – auch wenn die Erkrankung zurückliegt.

- | | |
|---|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Herzerkrankung / Herzinfarkt | ☐ Magen- / Darmerkrankung |
| ☐ Herzrhythmusstörungen | ☐ Leber- / Gallenerkrankung |
| ☐ Schlaganfall / TIA | ☐ Nierenerkrankung |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Rheuma / Gelenkerkrankung |
| ☐ Erhöhte Blutfette | ☐ Osteoporose |
| ☐ Asthma bronchiale | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ COPD / chronische Bronchitis | ☐ Depression / Angsterkrankung |
| ☐ Schlafapnoe / Schnarchen | ☐ Thrombose / Embolie |
| ☐ Lungenentzündung / Tuberkulose | ☐ Neurologische Erkrankung |

Weitere Erkrankungen



Selbstauskunftsbogen · Fortsetzung

5 Operationen und Krankenhausaufenthalte

Jahr	Operation / Behandlung / Klinik

6 Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen

Wenn Sie einen Medikationsplan oder unsere Medikamentenliste haben, genügt es, diese beizulegen.

Medikament / Wirkstoff	Stärke	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Blutverdünnung

☐ nein ☐ ja – Marcumar / Falithrom ☐ ja – ASS ☐ ja – andere:

7 Allergien und Unverträglichkeiten

- | | |
|--|---|
| ☐ keine bekannt | ☐ Medikamente |
| ☐ Heuschnupfen / Pollen | ☐ Nahrungsmittel |
| ☐ Hausstaubmilben | ☐ Kontrastmittel |
| ☐ Tierhaare | ☐ Pflaster / Latex |
| ☐ Insektengift (Biene, Wespe) | ☐ Sonstiges |

Wenn ja – welche Stoffe und welche Reaktion?

8 Genussmittel und Lebensstil

Rauchen

☐ nie geraucht ☐ früher – bis Jahr: ☐ aktuell

Zigaretten/Tag, seit Jahr

Alkohol

☐ nie ☐ selten ☐ regelmäßig – Menge/Woche:

Sportliche Betätigung (Art, wie oft pro Woche)

Wie viele Stockwerke schaffen Sie ohne Pause?



Selbstauskunftsbogen · Fortsetzung

9 Erkrankungen in der Familie

- | | |
|---|---|
| ☐ Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem 60. Lebensjahr | ☐ Asthma / Allergien |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Krebserkrankungen | ☐ Sonstiges |

10 Impfungen

Impfstatus

- ☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht ☐ nicht vorhanden

Tetanus / Diphtherie (Jahr)

Grippe (Jahr)

Pneumokokken (Jahr)

COVID-19 (Jahr)

Gürtelrose (Jahr)

11 Einwilligung

Ich versichere, die Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben, und werde Änderungen mitteilen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Behandlung erhoben, gespeichert und – soweit für die Behandlung erforderlich – an mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, Labore und meine Krankenkasse übermittelt werden. Die Datenschutzhinweise der Praxis (preventum.team) habe ich zur Kenntnis genommen.

Befundmitteilung

- ☐ Rückruf auf die angegebene Telefonnummer ist erlaubt ☐ Nachricht auf dem Anrufbeantworter ist erlaubt

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen: gesetzliche Vertretung)