



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis zu begrüßen. Bevor wir Sie zur persönlichen Behandlung aufrufen, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um eine bestmögliche und sichere Therapie durchführen zu können. Daher bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Persönliche Angaben:

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Alternative Rechnungsanschrift (bei Privatversicherung): \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

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

Ist bei Ihnen ein Pflegegrad anerkannt?  Ja  Nein Falls ja, welcher: \_\_\_\_\_

Sind Sie von Zuzahlungen befreit?  Ja  Nein

Besteht eine gesetzliche Betreuung?  Ja  Nein Betreuer: \_\_\_\_\_

Was ist Ihr aktueller Vorstellungsgrund? \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Besteht eine Arbeitsunfähigkeit?  Ja  Nein Wenn ja, seit wann \_\_\_\_\_

Bitte ergänzen Sie die folgenden Angaben im Falle eines Arbeits-, Schul- oder Wegeunfalls:

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Zuständige Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

Beschäftigt als: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

Unfalltag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Unfallort: \_\_\_\_\_

Unfallhergang: \_\_\_\_\_

Verhalten nach dem Unfall: \_\_\_\_\_

Wurde aufgrund von Unfallfolgen (auch aus früheren Unfällen) eine Unfallrente anerkannt? \_\_\_\_\_

Haben Sie Vor- oder Nebenerkrankungen?

(wie z.B. Herz-Kreislauferkrankungen, Erkrankungen der inneren Organe (Leber, Gallenblase, Niere, Harnwege, Speiseröhre, Magen, Darm, Bauchspeicheldrüse, Milz), Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Gicht), chronisch entzündliche Erkrankungen (Rheuma), osteologische Erkrankungen (Osteoporose), endokrinologische Erkrankungen (Schilddrüsenfunktionsstörung), Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, sonstige), Hauterkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems)

---

---

---

---

---

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen in der Vergangenheit Operationen durchgeführt?

---

---

---

---

Sind Sie vorbestehend in Ihrer Mobilität eingeschränkt?     Ja     Nein

Benötigen Sie Hilfsmittel? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

---

---

---

---

---

---

---

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

---

---

---

Wurden Sie in den letzten 3 Wochen geimpft? Falls ja, welche Art der Impfung haben Sie erhalten?

---

Wann war Ihre letzte Tetanusimpfung? \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Güstrow, den \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)