

Medizinisches Stammblatt



Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig aus. Die Angaben sind wichtig, um Ihre medizinische Versorgung bestmöglich zu gewährleisten. Alle Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ / Ort:
Telefon:	Mobile:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Familienangehörige in der Praxis?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name:
Bisheriger Hausarzt:	

GESUNDHEITSINFORMATIONEN

Allergien (z.B. Medikamente, Lebensmittel, Pollen, etc.)

Noxen

Rauchen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit (Jahren): Zigaretten / Tag:
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Menge:
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:

Bekannte Diagnosen (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Asthma, etc.)

Medikamenteneinnahme (Bitte Wirkstoff und Dosierung angeben falls bekannt)

Voroperationen / Spitalaufenthalte (Art der Operation, Jahr, Klinik)

FAMILIENANAMNESE

Bitte kreuzen Sie an, ob in Ihrer Familie folgende Erkrankungen gehäuft auftreten:

- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall)
- ☐ Diabetes
- ☐ Krebserkrankungen, Art:
- ☐ Psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Angststörungen, etc.)
- ☐ Andere:

SOZIALE INFORMATIONEN

Beruf

Wohnsituation

- ☐ Alleinlebend
- ☐ Mit Partner/-in
- ☐ Mit Familie
- ☐ Pflege-/Betreuungseinrichtung

Angehörige

- ☐ Ehepartner/-in
- ☐ Kinder (Anzahl)
- ☐ Weitere Angehörige

Lebensstil und Vorsorge

Sportliche Aktivität

- ☐ Nein
- ☐ Ja, Sportart:
Häufigkeit:

Patientenverfügung vorhanden?

- ☐ Nein
- ☐ Ja (bitte Kopie mitbringen)

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Bitte geben Sie das Formular beim Empfang ab oder senden Sie es vorab an unsere Praxis.