



**Dr. Eipper und Partner**  
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Notfall- und Palliativmedizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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.

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

Anschrift .....  
Straße ..... Hausnummer ..... Postleitzahl ..... Wohnort .....

Tel. (Privat) ..... E-Mail .....

Tel. (Mobil) ..... Beruf / Tätigkeit .....

Tel. (Büro) ..... Größe ..... Gewicht .....

**Nächster Angehöriger** .....  
Name ..... Vorname ..... Telefonnummer .....

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

**Sind Sie Schwanger?**  ja /  nein **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? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Haustiere?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Schnarchen Sie?**  ja /  nein Sind nächtliche Atemaussetzer bekannt?  ja /  nein

**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 möglich bitte mit Jahreszahl):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allergien?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Medikamentenunverträglichkeit?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Nahrungsmittelenverträglichkeit?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Ist eine Berufskrankheit bekannt?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_



**Dr. Eipper und Partner**  
 Fachärzte für Allgemeinmedizin, Notfall- und Palliativmedizin

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?**

- |  |  |  |  |                                       |
|--|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> KHK               | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Thrombose         | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung    | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Tuberkulose  |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus   | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Reizdarm     |
| <input type="checkbox"/> Migräne           | <input type="checkbox"/> Chr. Infektionen  | <input type="checkbox"/> Rheuma              | <input type="checkbox"/> Arthrose      | <input type="checkbox"/> Osteoporose  |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung   | <input type="checkbox"/> Glaukom           | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung     | <input type="checkbox"/> HIV           | <input type="checkbox"/> Hepatitis    |
| <input type="checkbox"/> Masern            | <input type="checkbox"/> Mumps             | <input type="checkbox"/> Röteln              | <input type="checkbox"/> Keuchhusten   | <input type="checkbox"/> Windpocken   |

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?**

- |  |   |  |  |                                    |
|--|---|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD      | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Allergien |

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein?**  ja /  nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar; bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

**Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:** \_\_\_\_\_

- Arzt    Familie    Bekannte(r)    Telefonbuch    Zeitung    Internet    Praxisschild    Sonstiges

**Wann war Ihre letzte Gesundheits- / Krebsvorsorge?** \_\_\_\_\_

**Welche Impfungen erfolgten zuletzt?** (z.B. Tetanus, Diphtherie, Polio; wenn möglich bitte mit Jahreszahl)

\_\_\_\_\_

**Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden?**  ja /  nein

**Dürfen wir Sie über neueste medizinische Erkenntnisse informieren?**  ja /  nein

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung**

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....  
Datum

.....  
Unterschrift