

Patientendaten

Name, Vorname:	geb. am		
▶			
Anschrift:			
▶		
▶		
▶ Kasse			
▶ e-mail:			
↘ Telefon:	mobil:		
Geschlecht	Alter	Familienstand	Kinder
▶			
Beruf – Tätigkeit			
▶			
Größe	Gewicht	BMI	
Ich möchte über aktuelle Angeboten (Kurse, usw) der Praxis informiert werden			
Per e- mail		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Patientenerklärung

▶ Behandelnder Arzt:	
▶ Zuweisender Arzt:	
Empfehlung durch:	
▶	
Diagnose:	
▶	
Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht:	
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der Praxis Wohlfrom, gespeichert werden. Meine Angaben sollen nach den gültigen Datenschutzbestimmungen (Mai 2018) nicht an Dritte weitergegeben werden.	
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Datum,	Unterschrift:
▶	
⇒	
⇒	
⇒	
⇒	
⇒	

Einzugsermächtigung Ja Nein

Patientenfragebogen

Die Angaben zu ihrer Person und ihrer Krankengeschichte dienen der Klärung, ihres Krankheits- und Beschwerdebildes. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Feld an und nennen Sie konkrete Angaben im freien Feld dazu.

Erhöhte Blutfettwerte seit: Ges.-Chol.: HDL: LDL: Triglyceride:

Erhöhter Blutdruck seit derzeit typische Werte Medikation

Herzerkrankung welche / seit

Schlaganfall/ Herzinfarkt wann

Diabetes Typ I Typ II Insulinpflichtig seit

Übergewicht/Untergewicht seit

Gewichtsschwankungen (z.B. Gewicht vor 10 Jahren, vor 5 Jahren, heute)

Erhöhte Harnsäurewerte seit

Verdauungsprobleme Art (z.B. Blähungen usw.) / seit

Probleme mit Stuhlgang Art (z.B. Verstopfung, Durchfall) / seit

Probleme mit Harnlassen (Art, z.B. Brennen, nächtl. Harndrang u.a.) / seit

Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen-Darm- Leber-Galle- Bauchspeicheldrüse) welche / seit

.....

