



Persönlicher-Infobogen

Sehr verehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Ihnen in allen Fragen zu Ihrer Gesundheit helfen zu können, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind natürlich freiwillig.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Diagnostik und Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen mein Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Männlich:** **Weiblich:**

Straße: _____ **PLZ:** _____ **Ort:** _____

Beruf: _____ **Tel.:** _____

Aufsuchkriterium

Vorsorge Impfung akute Beschwerden Beratung Reiseberatung

Risikofaktoren

Größe: _____ m Gewicht: _____ Kg

Bluthochdruck Nein Ja weiß nicht

Rauchen Nein Ja

Allergie Nein Ja weiß nicht

Wenn ja welche: _____

Sport / Bewegung wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 viel

Sonstiges: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein? Nein Ja

Wenn ja: Welche _____

Ich möchte den Recall Service der Arztpraxis Hillebrand in Anspruch nehmen, damit ich über bevorstehende wichtige Termine (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Blutentnahmen) informiert werde und mir Neuigkeiten, die den Praxisbetrieb betreffen mitgeteilt werden können.

per Telefon per Post

per E-Mail unter folgender Adresse _____

Datum _____ **Unterschrift** _____