

**Hausarztpraxis Dr. Seibert / Dr. Schraut**

Name/  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beruf / derzeitige Beschäftigung: \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten:

Nein       Ja (welche): \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft oder die Möglichkeit einer Schwangerschaft:

Nein       Ja

Erkrankungen in Ihrer Familie ? (Vater, Mutter, Geschwister):

Krebserkrankungen (wenn ja, welche?): \_\_\_\_\_

Rheumatische Erkrankungen / Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_

Herz-Kreislaufferkrankungen: \_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt ?**

Herz-Kreislauf Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck etc.): \_\_\_\_\_

Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, COPD): \_\_\_\_\_

Erkrankungen von Leber, Gallenblase, Magen oder Darm: \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes): \_\_\_\_\_

Orthopädische Erkrankungen (z.B. Hüfte, Knie): \_\_\_\_\_

Gynäkologische / Urologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie...): \_\_\_\_\_

Hauterkrankungen (z.B. Psoriasis...): \_\_\_\_\_

Infektiöse Erkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis..) : \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankungen (z.B. Depression...) : \_\_\_\_\_

**Bitte wenden →**

**Hausarztpraxis Dr. Seibert / Dr. Schraut**

Operationen (z.B. Blinddarm-OP...) : \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie ein:**

Medikament und Dosierung                      morgens      mittags      abends      nachts

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

---

**Zustimmung zur Datenübermittlung**

Erlaubnis an die Hausarztpraxis Dr. Seibert & Dr. Schraut zur Aushändigung von Rezepten und Weitergabe medizinischer Auskünfte an folgende Personen:

Nein       Ja

(Vor- Nachname der bevollmächtigten Person): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte wenden →**