



1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat

Name der Versicherung: _____

Hausarzt: _____

2. Aktuelle Beschwerden

Warum kommen Sie zu uns?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Haben Sie Schmerzen? ☐ ja ☐ nein Wo? _____

Schmerzstärke (0–10): ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

3. Vorerkrankungen

Bestehen Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein Wenn ja: _____

Wurden Sie operiert? ☐ ja ☐ nein Wenn ja: _____

4. Medikamente

Nehmen Sie Medikamente? ☐ ja ☐ nein Wenn ja: _____

5. Allergien

Allergien vorhanden? ☐ ja ☐ nein Wenn ja: _____

6. Lebensstil

Rauchen: ☐ ja ☐ nein Alkohol: ☐ selten ☐ regelmäßig

Sport: ☐ ja ☐ nein Drogen: ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche und wie oft:

7. Schwangerschaft (falls zutreffend)

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

8. Einwilligung & Datenschutz

☐ Ich stimme der Verarbeitung meiner Daten gemäß DSGVO zu

☐ Befundübermittlung an behandelnde Ärzte erlaubt

☐ Nutzung innerhalb der Praxis erlaubt

Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

9. Patientenaufklärung

☐ Angaben sind vollständig und korrekt

☐ Datenschutz wurde erklärt

☐ Fragen konnten gestellt werden

10. Terminregelung

☐ Nicht abgesagte Termine können berechnet werden

11. Unterschrift

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____