# PATIENTENDATENERHEBUNGSBLATT der Ordination Dr. Eglseer

Titel, Nach- und Vorname des PATIENTEN………………………………………………………………………………………………………………  
Geburtsdatum…………………………………Geschlecht: m / w   
PLZ……………Wohnort………………………………………………………..Straße……………………………………………………………………………  
Dienstgeber und Dienstort des Versicherten…………………………………………………………………………………………………………….  
 *Falls Sie nicht selbst versichert sind:*  
Titel, Nach- und Vorname des VERSICHERTEN…………………………………………………………………………………………………………  
Geburtsdatum…………………………………Geschlecht: m / w   
PLZ……………Wohnort………………………………………………………..Straße……………………………………………………………………………  
Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten…………………………………………………………………………………………………………..  
  
Tel.Nr. privat………………………………….Arbeitsplatz…………………………………………E-Mail…………………………………………………  
Beruf………………………………………………..Art der Beschäftigung…………………………………………………………………………………….  
Familienstand…………….Hausarzt………………………………….Sonstige Ärzte, die Sie regelmäßig in Anspruch nehmen  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
  
*Familienkrankheiten und solche Ihrer BLUTSVERWANDTEN*  
Krankheiten des Vaters…………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
Krankheiten der Mutter……………………………………………………………………………………………………………………………………………  
Vater gestorben mit ….. Jahren an ……………………..……… Mutter gestorben mit ….. Jahren an ……………………….…………  
*Krankheiten in der Verwandtschaft: Welche Krankheit? Wie zu Ihnen verwandt?*  
Herzerkrankungen……………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
Bluthochdruck………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
Schlaganfall………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
Zuckerkrankheit……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
Fettstoffwechselerkrankungen…………………………………………………………………………………………………………………………………  
Krebs (welcher?)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
Geisteskrankheiten…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
Sonstige gehäufte Erkrankungen………………………………………………………………………………………………………………………………

Nikotin? o ich habe nie geraucht  
o ich habe bis vor……….Wochen/Monate/Jahre bis zu ……….Zigaretten/Zigarren/Pfeifen pro Tag/Woche geraucht – insgesamt habe ich……….Jahre geraucht  
o ich rauche seit ….. Jahren ….. Zigaretten/Zigarren/Pfeifen pro Tag/Woche

Alkohol? ……….Bier pro Tag/Woche/Monat ……….Wein pro Tag/Woche/Monat  
……….Most pro Tag/Woche/Monat ………. Schnaps(Spirituose) pro Tag/Woche/Monat

Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig sonstige Suchtmittel ein? Wenn ja, wenden Sie sich vertrauensvoll an Ihren Arzt. Er unterliegt einer strengen ärztlichen Schweigepflicht.

Allergien? Medikamentenallergien: Sonstige Allergien:

Bisherige Krankenhausaufenthalte bzw. schwere Erkrankungen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wann? Jahr | Krankenhaus/Ort/Arzt | Abteilung | Art der Krankheit? Operation? Detaillierte Beschreibung |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ----- Genauer Name des Medikamentes ----- | Dosis in mg | Früh | Mittag | Abend | Sonstiges | Bei Bedarf |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Raum für sonstige Bemerkungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben!

Datum: Unterschrift: