Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir um folgende Angaben:

Vorname ..... Nachname .....

Geburtsdatum ..... Beruf: .....

Telefon ..... Email .....

Mobil ..... Fax: .....

O Alleinlebend O verheiratet O geschieden O verwitwet

O Kinder, Anzahl:_____ O Patientenverfügung/Betreuungsverfügung

Bisheriger Hausarzt: .....

Waren Sie in den letzten 3 Quartalen (= 9 Monate) regelmäßig beim Hausarzt ? O Ja

---

Vorerkrankungen bei mir: (bei mir)		(bei Eltern/Geschwistern Oma-Opa)
O	Bluthochdruck	O
O	Herz-Krankheit (Herzinfarkt, Vorhofflimmern, Herzklappenproblem)	O
O	Lungenkrankheit	O
O	Durchblutung (Schlaganfall, Beine/Füße, Thrombose oder Lungenembolie)	O
O	„Zucker“ / Diabetes	O
O	HIV, Hepatitis	O
O	Psychische Erkrankungen (Depressionen, Ängste, Psychosen)	O
O	Krampfleiden/Epilepsie (nicht Wadenkrämpfe o.ä.)	O
O	Krebserkrankung	O
O	Medikamenten-Allergie, gegen.....	

Im Notfall bitte an folgende Personen wenden:

Vor- und Zuname	Beziehung (Partner, Kind, Freund etc)	Telefonnummer
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ich bin mit Kontaktaufnahme über Telefon/Email zur Termin-Koordination einverstanden. Wenn von mir angefordert dürfen mir auch medizinische Befunde (z.B. Laborwerte etc.) per Email zugesandt werden. Über die Risiken eines Versendens dieser Daten per E-Mail bin ich mir bewusst. Die Datenschutzerklärung der Praxis liegt im Wartezimmer aus und ich kann jederzeit einen Ausdruck am Tresen erfragen bzw. diese im Internet unter www.Galan.info einsehen.

Grünstadt, den _____ Unterschrift: _____