

**Persönliche Angaben**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ Telefon Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Ihre aktuellen Beschwerden ? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon Operationen Welche? Wann? (Monat/Jahr) ? \_\_\_\_\_

Ärztliche Leiter  
Dr. med. Stefan Mauz  
Prof. Dr. med. Hanno Steckel  
praxis@mvz-vitalis.de  
www.mvz-vitalis.de

**Allgemeine Gesundheitssituation**

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck		
Niedriger Blutdruck		
Blutgerinnungsstörung		
Diabetes		
Schlaganfall		
Herzerkrankungen		
Raucher		
Sonstige Erkrankungen		

	Ja	Nein
HIV		
Hepatitis		
Herzschrittmacher		
Asthma		
Herzinfarkt		
Rheuma		

Nehmen Sie Medikamente ein? \_\_\_\_\_

blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin) ? \_\_\_\_\_

Allergien gegen Medikamente ? \_\_\_\_\_

Für unsere Patientinnen:  
Sind Sie schwanger?                      Wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (bitte ankreuzen)  
 Telefonverzeichnis  Werbung  Internet  Freunde/Bekannte  Anderen Arzt   
 Empfehlung von \_\_\_\_\_

Wir erinnern Sie gerne an wichtige Termine (Akupunktur, Knochendichtemessung, Knorpelaufbau-Injektionen usw.)Wünschen Sie in unseren Erinnerungs-Service aufgenommen zu werden?    \_ Ja / \_ Nein

Sollte für meine weitere Versorgung zusätzlich zur ärztlichen Behandlung Versorgungsleistungen durch externe Anbieter gesundheitlicher Leistungen (z.B. Physiotherapeuten, Hilfsmittelversorger etc.) erforderlich sein oder werden, so wünsche ich ausdrücklich die Empfehlung hierfür geeigneter Leistungserbringer.

Vielen Dank für Ihre Angaben