

Sehr geehrte/r Patient/in,  
herzlich willkommen in unserer Hausarztpraxis. Für  
eine umfassende medizinische Betreuung benötigen  
wir einige Angaben zu Ihrer Gesundheit. Bitte geben  
Sie den Bogen ausgefüllt und unterschrieben wieder  
an uns zurück.



HAUSARZT  
HÜNSTETTEN

Dr. med. Felix Behringer

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine anerkannte Schwerbehinderung? \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen:

Bluthochdruck	Gefäßleiden	Tumor / Krebs	Nierenerkrankungen
Herzinfarkt	Hauterkrankungen	Diabetes mellitus	Migräne
KHK	Schlaganfall	Epilepsie	Hepatitis
Herzschwäche	Gicht	Osteoporose	Lebererkrankungen
Asthma / COPD	Schilddrüsenleiden	Rheuma	Magen-Darmerkrankungen
Augenleiden	HNO-Erkrankungen	chron. Schmerzen	Angst- / Panikstörung
Arthrose	Depressionen	Schlafstörungen	Demenz

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht für den Notfall? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen kompletten Impfschutz? \_\_\_\_\_ (bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_