Privatarztpraxis für Dermatologie, Venerologie, Phlebologie und Ästhetische Medizin

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

KENNENLERNBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre medizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir, neben Ihren Personalien, auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Privatversichert ☐ Private Krankenkasse:_____

Selbstzahler ☐

Hauptversicherte/r (bei minderjährigen Personen):_____

Name, Vorname:_____ Geburtsdatum:_____ Geschlecht ☐w ☐m

Straße + Nr.:_____ Postleitzahl + Ort:_____

Telefon privat:_____ Mobil:_____ E-Mail:_____

Hausarzt:_____

Wie haben Sie von uns erfahren?

Kennen Sie unsere Praxis-Website unter www.hautarzt-nieder-olm.de? ☐ ja ☐ nein

Nachrichtenblatt/Zeitung? ☐ ja

Internet/Google? ☐ ja

Sind wir Ihnen empfohlen worden? ☐ ja

Social Media (Instagram & Facebook)? ☐ ja

Sonstige?_____

Akute Beschwerden

Haben Sie derzeit akute Beschwerden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche und seit wann?_____

Wurden diese Beschwerden schon behandelt? ☐ ja ☐ nein

Allgemeine Angaben

Körpergröße:_____ Körpergewicht:_____

Wann erfolgte Ihre letzte Hautkrebsvorsorge?_____

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, in welchem Monat?_____

Nehmen Sie die Pille? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Medikamente? ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich

Wenn ja, welche?_____

Wenn Sie einen Medikamentenplan besitzen, legen Sie uns diesen bitte vor.

Allergien

Sind Sie allergisch gegen Gräserpollen, Staub und/oder Tierhaare? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?_____

Sind Sie allergisch gegen Nahrungsmittel (z.B. Nüsse, Kuhmilch)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?_____

Sind Sie allergisch gegen Medikamente und/ oder Betäubungsmittel? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?_____

Sind Sie allergisch gegen Insektenstiche (z.B. Bienen, Wespen)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?_____

Sind Sie allergisch gegen Nickel, Chrom, Latex und/oder Parfüm? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?_____

Leiden Sie unter allergischem Asthma? ☐ ja ☐ nein Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ ja ☐ nein

Operationen

Hatten Sie bereits eine Hautkrebserkrankung? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie bereits eine Krampfader OP oder Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie bereits eine Thrombose? ☐ ja ☐ nein

_____

Datum, Unterschrift

Dr. Schmidseder

Privatarztpraxis für Dermatologie, Venerologie, Phlebologie und Ästhetische Medizin