



Hausarztzentrum Klingenberg  
 Rathausstr. 4-6  
 63911 Klingenberg

Telefon 09372 2586  
 Fax 09372 2154

praxis@hausarztzentrum-klingenberg.de

Vor- & Nachname:	Geburtsdatum:
Telefonnummer :	E-Mail Adresse:
Im Falle eines Notfalls benachrichtigen Sie bitte: <small>Name, Vorname, Tel., ggf.Handy</small>	

**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?** **Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:**

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.
		4.
		5.

**Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?** **Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:**

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.

**Leiden Sie an Allergien?** **Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:**

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.
		4.
		5.

**Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?**

1.	2.
3.	4.

**Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin Ihr Impfbuch mit!**

**Haben Sie eine Patientenverfügung oder Betreuungsvollmacht?**