



Praxis für Allgemeinmedizin
Schlesier Str. 46
64839 Münster, Hessen

Mail: anmeldung@praxis-taraki.de
Tel: 06071 9597670
Fax: 06071 9597671

Patientenbogen

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Krankenversicherung

Beruf

Aktueller (Vertretung) oder
ehemaliger Hausarzt?

Hausarzt-wechsel?

Ja

Nein

Falls „Ja“, Grund für H-
Wechsel?

Gewicht (kg)

Größe (cm)

Bestehende Erkrankungen
(bspw. Diabetes Typ II,
Bluthochdruck, Migräne)

Vor-Operationen (Jahr und OP)

Medikation
(oder Medikationsplan
beifügen)

Allergien
(bspw. gegen
Medikamente,
Kontrastmittel)

Rauchen Sie?
(Packungen täglich und seit wie
vielen Jahren)

Alkoholkonsum?
(bspw. 1 Glas
Rotwein pro Woche)

Weitere Informationen?
(bspw. Pflegegrad)

Handy-Nr.*

Festnetz-Nr.*

E-Mail-Adresse*

**Telefonnummer von
Bekanntem****

* wichtige Angaben (important information)

** in Notfällen und Nicht-Erreichbarkeit (in case of emergency and no availability)

Ort, Datum und Unterschrift