

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand, um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sehr ernst. Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie als Aushang in der Praxis. **Fragen Sie bei Unklarheiten gerne im persönlichen Gespräch nach.**

## PERSÖNLICHE DATEN

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Aktuell ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Gelernter Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Besteht Schichtarbeit  
oder hohe berufliche Belastung? ☐ ja ☐ nein  
Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

**Sollten die Versichertendaten von den Patientendaten abweichen, teilen Sie uns dies bitte bei der Anmeldung persönlich mit.**

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

☐ gesetzlich ☐ privat ☐ KVB ☐ Postbeamtenkasse

Schwerbehindertenausweis ☐ ja ☐ nein

Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ ja ☐ nein

## AKTUELLE BESCHWERDEN

Bestehen derzeit gesundheitliche Beschwerden oder Symptome? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Was haben Sie bisher unternommen, um diese zu lindern?  
\_\_\_\_\_

Wie stark schränken Sie Ihre Beschwerden derzeit im Alltag ein? (0 = gar nicht, 10 = sehr stark) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Was glauben Sie selbst, wodurch Ihre Beschwerden verursacht oder verstärkt werden?  
\_\_\_\_\_

## ALLGEMEINE FRAGEN ZUR GESUNDHEIT (Bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen.)

### FRÜHERE ERKRANKUNGEN / EINGRIFFE

1. Operationen, Unfälle oder Bestrahlungen? ☐ ja ☐ nein  
Wenn ja, welche? (wenn möglich bitte mit Jahreszahl)  
\_\_\_\_\_

2. Bekannte Medikamenten-Unverträglichkeiten? ☐ ja ☐ nein  
\_\_\_\_\_

3. Allergien? Wenn ja, welche? ☐ ja ☐ nein  
\_\_\_\_\_

4. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein  
☐ unsicher Wenn ja, welche SSW? \_\_\_\_\_  
Vorherige Geburten? \_\_\_\_\_

### CHRONISCHE ODER BEKANNTE ERKRANKUNGEN

5. Bitte ankreuzen, falls bekannt oder in der Vergangenheit aufgetreten:

☐ Bluthochdruck ☐ Thrombose ☐ Schlaganfall  
☐ Herzinfarkt ☐ Diabetes ☐ Lebererkrankung  
☐ Nierenerkrankung ☐ Asthma / COPD ☐ Arthrose  
☐ Osteoporose ☐ Depression / Angst / Gemütskrankheiten  
☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Reizdarm ☐ Glaukom  
☐ Krampfanfälle ☐ Blutungsneigung  
☐ Krebserkrankung ☐ Hepatitis ☐ HIV ☐ andere: \_\_\_\_\_

### FAMILIENANAMNESE

6. Traten in Ihrer Familie folgende Erkrankungen auf?  
☐ Bluthochdruck ☐ Thrombose ☐ Herzinfarkt  
☐ Schlaganfall ☐ Diabetes ☐ Krebserkrankungen  
☐ Asthma/COPD ☐ Allergien ☐ Arthrose  
☐ Migräne ☐ Demenz / Alzheimer / Parkinson  
☐ Autoimmunerkrankungen

## MEDIKAMENTE, NAHRUNGSERGÄNZUNG & VITALSTOFFE

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein  
Wenn ja, folgende:

---

---

Bitte einen aktuellen Medikamentenplan beifügen.

8. Nehmen Sie Vitamin D ein? ☐ ja ☐ nein  
Wenn ja, welche Dosierung?

---

---

9. Nehmen Sie pflanzliche oder naturheil- ☐ ja ☐ nein  
kundliche Präparate ein? Wenn ja, welche?

---

---

10. Nehmen Sie Hormonpräparate ☐ ja ☐ nein  
(z. B. Schilddrüsenhormone, Testosteron, Östrogen,  
Progesteron)?

11. Welche weiteren Nahrungsergänzungsmittel ☐ ja ☐ nein  
nehmen Sie regelmäßig ein? (z. B. Omega-3,  
Magnesium, Kreatin, CoQ10, NMN, Multivitamine)

---

---

## GESUND LEBEN, ALTERN & LEISTUNGSFÄHIG BLEIBEN

12. Was tun Sie aktiv für Ihre Gesundheit und um langfristig  
leistungsfähig zu bleiben?

Spezielle Ernährungsform:

- ☐ keine ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ pescetarisch  
☐ ketogen ☐ Low-Carb ☐ andere:

---

---

- ☐ Ich ernähre mich frisch, wenig verarbeitet und achte auf  
Zuckerreduktion.  
☐ Ich betreibe regelmäßig Krafttraining  
(Häufigkeit: \_\_\_\_\_ x pro Woche, Dauer: \_\_\_\_\_ Minuten)  
☐ Ich betreibe regelmäßig Ausdauertraining  
(Häufigkeit: \_\_\_\_\_ x pro Woche, Dauer: \_\_\_\_\_ Minuten)  
☐ Ich übe andere Sportarten regelmäßig aus:

---

---

- ☐ Ich achte auf ausreichenden und regelmäßigen Schlaf  
(durchschnittlich \_\_\_\_\_ Stunden pro Nacht).  
☐ Ich trainiere mentale Gesundheit oder Achtsamkeit  
(z. B. Meditation, Atemübungen, Natur, soziale Kontakte).  
☐ Ich nehme regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen  
oder Check-ups teil.

13. Wie beurteilen Sie Ihre körperliche Leistungsfähigkeit im  
Vergleich zu früher?

- ☐ besser ☐ gleich ☐ leicht vermindert  
☐ deutlich vermindert ☐ könnte besser sein

14. Haben Sie Interesse an präventiven oder regenerativen  
Therapiekonzepten? (z. B. Mikronährstoffanalysen,  
Höhentraining, Aufbauinfusionen, Check-ups, etc.)

- ☐ ja ☐ nein ☐ vielleicht

## KÖRPERFUNKTIONEN & WOHLBEFINDEN

15. Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige Energie und  
Leistungsfähigkeit?

- ☐ sehr hoch ☐ gut ☐ schwankend ☐ niedrig

16. Wie würden Sie Ihre Schlafqualität in den letzten 3 Monaten  
einschätzen?

- ☐ tief und erholsam ☐ teils unruhig  
☐ häufig unterbrochen ☐ Einschlafprobleme

17. Wie stark fühlen Sie sich im Alltag durch Stress oder  
Belastung beeinflusst?

- ☐ kaum ☐ etwas ☐ deutlich ☐ stark

18. Wie ausgeglichen fühlen Sie sich im Alltag?

- ☐ sehr ausgeglichen ☐ meist stabil  
☐ häufig angespannt ☐ sehr gestresst

19. Welche Aktivitäten geben Ihnen Energie oder Freude?

---

---

20. Haben Sie Verdauungsbeschwerden, Nahrungsmittel-  
unverträglichkeiten oder Reflux? ☐ ja ☐ nein  
Wenn ja, welche Symptome treten auf?

---

---

## ZIELE & MOTIVATION

1. Was bedeutet „Gesundheit“ für Sie persönlich – und was  
möchten Sie in den nächsten Jahren aktiv dafür tun?

---

---

2. Wenn Sie an Ihr zukünftiges Ich mit 80 denken – wozu  
möchten Sie körperlich und geistig noch fähig sein?

---

---

3. Wie wichtig ist es Ihnen, aktiv und präventiv in Ihre Gesund-  
heit zu investieren?

- ☐ sehr wichtig ☐ wichtig ☐ weniger wichtig

## IHRE ERWARTUNGEN & HINWEISE

4. Was ist Ihnen in Ihrer Behandlung besonders wichtig?

---

---

5. Was möchten Sie uns noch gerne mitteilen?

---

---

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ Empfehlung ☐ Internet ☐ Zeitung ☐ Praxisschild  
☐ anderer Arzt ☐ sonstiges: \_\_\_\_\_

Möchten Sie an Vorsorgetermine und anstehende Impfungen  
erinnert werden? ☐ ja ☐ nein

## EINWILLIGUNGEN

- ☐ Hiermit stimme ich der notwendigen Speicherung meiner personenbezo-  
genen Daten zu.  
☐ Ich erkläre mich einverstanden, dass dem überweisenden / weiterbehand-  
elnden Arzt etc. Befunde, Röntgenbilder, Arztbriefe übermittelt werden  
bzw. dort Unterlagen angefordert werden dürfen. Gegenüber Angehöri-  
gen oder gesetzlichen Betreuern ist die Praxis von der Schweigepflicht  
entbunden.  
☐ Ich habe alle Fragen gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend  
Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen  
meines Gesundheitszustandes oder meiner Daten umgehend mit-  
zuteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und  
Richtigkeit meiner Angaben.

Die Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne An-  
gabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder durch E-Mail widerrufen  
werden. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der auf-  
grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung.

Für andere als die genannten Zwecke darf die Praxis meine Behandlungs-  
daten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

Datum, Unterschrift Patient / in,  
Erziehungsberechtigter oder gesetzlicher Vertreter