

## Erfassungsbogen Neu - Patient

Wir freuen uns, dass Sie sich bei uns beraten und untersuchen lassen wollen. Damit wir die wichtigsten Dinge aufnehmen können, bitten wir Sie Nachfolgendes sorgsam und vollständig auszufüllen:

Vor- / Nachname:

Geburtsdatum:

Fam.-stand:

Adresse (Wohnort, PLZ u Strasse):

Krankenkasse (bitte bei Privatversicherung auch Versicherungsnummer):

Telefon

privat:

dienstl:

Handy:

eMail-Adresse (bei wichtigen Befunden o. Newsletter):

Beruf:

Körpergröße (cm):

Körpergewicht (kg):

Bei Frauen: Sind Sie schwanger?    Ja                      Nein

A) Haben Sie Allergien, Medikamentenallergien? (z.B. Hühnereiweiß, Penicillin, Jod, Heuschnupfen)

B) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (bitte mit Angabe der Stärke u wann die Einnahme erfolgt)

C) Welche Risikofaktoren sind bei Ihnen bekannt? (bitte ankreuzen oder ergänzen)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rauchen       | <input type="checkbox"/> Alkohol                                   |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Übergewicht                               |
| <input type="checkbox"/> Cholesterin   | <input type="checkbox"/> Andere Risiken (z.B. erhöhter Blutzucker) |

D) Sind in Ihrer Familie Erkrankungen ( ZB Herz, Niere, Schlaganfall, Krebs) bekannt?

E) Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja wann? (z.B. `85 Blinddarm)

F) Wurde Ihr Impfschutz in den letzten 10 Jahren überprüft? (Sie können uns gerne den Impf-Ausweis überlassen, dann überprüfen wir Ihren Impfschutz für Sie)

Ja

Nein

G) Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (Familie, Freunde, Internet, Fernsehen, überweisender Arzt etc.)

**Dr. med. Michael  
Küster**

**Seite 2**

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

wir freuen uns Sie in unserer Praxis willkommen zu heißen!

Eine hochwertige Versorgung jedes einzelnen Patienten ist uns sehr wichtig. Deswegen sind wir bemüht Ihren Termin pünktlich wahrzunehmen, dennoch kann es durch Notfälle etc. zu Wartezeiten kommen. Wir hoffen auf Ihr Verständnis.

Für weitere Anregungen sind wir Ihnen jederzeit dankbar.

Ihr Praxisteam

---

Datum

---

Unterschrift

---

**Praxis für Innere und Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Spezielle Schmerztherapie und Prävention**



**Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.**  
German Pain Association · Société Allemande de la Douleur

**Reg. Schmerz- und PalliativZentrum DGS Bonn – Bad Godesberg**



SCHMERZKLINIK KIEL



Westdeutsches Kopfschmerzzentrum  
in Kooperation mit der IVV

**Vertragspartner Bonn (IVV)**