



Praxis für Allgemeinmedizin  
Schlesier Str. 46  
64839 Münster, Hessen

Mail: [anmeldung@praxis-taraki.de](mailto:anmeldung@praxis-taraki.de)  
Tel: 06071 9597670  
Fax: 06071 9597671

## Patientenbogen

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	
Krankenversicherung	Beruf
Aktueller (Vertretung) oder ehemaliger Hausarzt?	Grund für H- Wechsel? (nicht bei Vertretung)
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)	
<b>Handy-Nr.*</b>	<b>Festnetz-Nr.*</b>
<b>E-Mail-Adresse*</b>	
<b>Telefonnummer von Bekanntem**</b>	

\* wichtige Angaben (important information)

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

Ort, Datum und Unterschrift