



**Dr. med. Stefanie Kanehl**  
**Praxis für Allgemeinmedizin (Privat)**

**Am Rissener Bahnhof 13**  
**22559 Hamburg**  
**Tel.: 040 54774868**  
**Fax: 04054775964**

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir mit Ihrer Untersuchung beginnen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Auf diese Weise erhalten wir viele wichtige Informationen, die uns ermöglichen, dem Anspruch einer ganzheitlichen Behandlung gerecht zu werden.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Dr.med. Stefanie Kanehl

---

Aus welchem Grund kommen Sie heute in unsere Praxis?

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen folgender Organe bekannt?

Herz- oder Kreislauforgane (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Thrombose)	nein	ja
Atmungsorgane (z.B. Asthma, Heuschnupfen)	nein	ja
Verdauungsorgane (z.B. Magen, Leber, Darm)	nein	ja
Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane (z.B. Nierenstein, Blasenentzündungen, Myome)	nein	ja
Haut (z.B. Ekzem, Allergie, Neurodermitis)	nein	ja
Gelenke, Wirbelsäule, Muskeln, Sehnen, Knochen (z.B. Osteoporose, Bandscheibenvorfall)	nein	ja
Psyche oder Nervensystem (z.B. Migräne, Depression, Schlafstörung)	nein	ja



Augen (z.B. Sehstörung, Starerkrankung)	nein	ja
Ohren (z.B. Hörsturz, Schwerhörigkeit, Tinnitus)	nein	ja
Stoffwechsel (z.B. Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörung)	nein	ja
Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Gerinnungsstörung, Krebs)	nein	ja
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	nein	ja
Sind bei Ihnen Allergien bekannt (insbesondere gegen Medikamente)	nein	ja
Sind in Ihrer Familie Vorerkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?	nein	ja

---

### Personalien

Name	Vorname	geb.
Straße	Wohnort	
Telefon	Größe:	Gewicht:
mobil		
Privat		
Mailadresse	Zahnarzt :	
Beruf	Familienstand	
Krankenversicherung	gesetzlich	privat
Name der Versicherung		

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben und nehme zur Kenntnis, dass ich für die folgende Behandlung eine Privatrechnung erhalten werde, da in dieser Praxis nicht die Möglichkeit einer kassenärztlichen Abrechnung besteht.

Datum

Unterschrift