

Aufnahmebogen neue Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir heißen Sie herzlich willkommen und freuen uns sehr, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben. Um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten benötigen wir im Vorfeld auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, Vorerkrankungen, Medikamente und Allergien.

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen mit größtmöglicher Sorgfalt aus!

ANGABEN ZUR PERSON

Name, Vorname:	<input type="text"/>	Geb.-Datum:	<input type="text"/>
Straße, Haus-Nr.:	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon privat:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Handy:	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Krankenversicherung:	<input type="text"/>	Fachärzte:	<input type="text"/>
Vorheriger Hausarzt:	<input type="text"/>		

Wen sollen wir im Notfall benachrichtigen?

Name:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------	----------------------

FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

1. Wie groß sind Sie? _____ cm	10. Bestehen bei Ihnen Erkrankungen <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN der Atemwege oder der Lunge ?
2. Wie ist Ihr Gewicht ? _____ kg	<input type="text"/>
3. Sind Allergien bekannt? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	11. Leiden Sie an Bluterkrankungen ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	12. Sind bei Ihnen Nieren- oder <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Harnwegs- Erkrankungen bekannt?
5. Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="text"/>
6. Konsumieren Sie Drogen ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="text"/>
7. Besteht eine Herzerkrankung ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	13. Magen-, Darm- oder Leber- <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Erkrankungen
<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Leiden Sie an erhöhtem Blutdruck ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	14. Bestehen neurologische/ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN psychiatrische Erkrankungen?
9. Sind Gefäßerkrankungen bekannt? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

15. Knochen, Wirbelsäulenerkrankung JA NEIN

16. Ist bei Ihnen eine Zucker- JA NEIN
 Erkrankung festgestellt worden?

17. Leiden Sie an erhöhten Blutfetten? JA NEIN

18. Haben Sie eine Schilddrüsen- JA NEIN
 Erkrankung?

19. Sonstige Erkrankungen? JA NEIN

20. Könnten Sie schwanger sein? JA NEIN

21. Stillen Sie? JA NEIN

22. Hatten Sie bereits Operationen? JA NEIN

23. Bestehen chronische Schmerzen? JA NEIN

24. Wann war Ihre letzte

- Krebsvorsorgeuntersuchung _____
- Hautkrebsfrüherkennung _____
- Gesundheitsuntersuchung _____

25. Besitzen Sie ein Impfbuch? JA NEIN

Wenn ja, bringe Sie es bitte beim nächsten Besuch mit.

IHRE MEDIKAMENTE

Bitte tragen Sie hier Ihre Medikamente ein:

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

BEMERKUNGEN

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben!

Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Praxisteam