

Aufnahmebogen Neupatienten

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

14. Bestehen **neurologische/psychiatrische** Erkrankungen? JA NEIN

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-Erkrankung**? JA NEIN

19. Sonstige **Erkrankungen**? JA NEIN

IHRE MEDIKAMENTE

<i>Ihr Medikament:</i>	<i>Dosis:</i>	<i>morgens</i>	<i>mittags</i>	<i>abends</i>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben!

Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Praxisteam

Selbstverständlich unterliegen all Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.