



ALLGEMEINÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

NICOLE GROSSER- Fachärztin für Allgemeinmedizin | DR. MED. CHRISTIAN GROSSER – Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Anästhesie
MELANIE DÖRR – Fachärztin für Allgemeinmedizin, Fachärztin für Anästhesie | JOACHIM HOCK – Facharzt für Allgemeinmedizin

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? JA NEIN

4. Rauchen Sie? JA NEIN

5. Trinken Sie regelmäßig **Alkohol**? JA NEIN

6. Konsumieren Sie **Drogen**? JA NEIN

7. Besteht eine **Herzerkrankung**? JA NEIN

8. Leiden Sie an **erhöhtem Blutdruck**? JA NEIN

9. Sind **Gefäßkrankungen** bekannt? JA NEIN

10. Bestehen bei Ihnen Erkrankungen JA NEIN
der **Atemwege** oder der **Lunge**?

11. Leiden Sie an **Bluterkrankungen**? JA NEIN

12. Sind bei Ihnen **Nieren-** oder JA NEIN
Harnwegs-Erkrankungen bekannt?

13. **Magen-, Darm- oder Leber-**
Erkrankungen JA NEIN



ALLGEMEINÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

NICOLE GROSSER- Fachärztin für Allgemeinmedizin | DR. MED. CHRISTIAN GROSSER – Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Anästhesie
 MELANIE DÖRR – Fachärztin für Allgemeinmedizin, Fachärztin für Anästhesie | JOACHIM HOCK – Facharzt für Allgemeinmedizin

[Empty text box]

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

[Empty text box]

15. **Knochen, Wirbelsäulenerkrankung** JA NEIN

[Empty text box]

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

[Empty text box]

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!