

Patienten-Aufnahmebogen

Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Vorgeschichte

- Haben Sie Vorerkrankungen? nein ja,

Bluthochdruck Diabetes erhöhte Fettwerte Herzerkrankungen,

Lungenerkrankungen Rheuma Schilddrüsenerkrankungen

andere, welche? _____

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja, welche: _____

- Nehmen Sie dauerhaft Medikamente? nein ja,

welche? wenn möglich mit Dosierung: _____

- Rauchen Sie? nein Ex-Raucher seit: _____

ja, seit wann und wie viele Zigaretten/Tag: _____

- Konsumieren Sie Drogen ? Wenn ja welche? _____

- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie oft? _____

- Treiben Sie regelmäßig Sport? nein ja

- Bestehen in Ihrer Familie Vorerkrankungen? nein ja, welche? _____

- Bestehen Erbkrankheiten oder ansteckende Erkrankungen? nein ja, welche? _____

- Wer war Ihr letzter Hausarzt? (wenn möglich mit Adresse)

- Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

durch Bekannte Internet Telefonbuch andere, _____

Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Termin folgende Unterlagen mit (falls vorhanden)

Versichertenkarte, Untersuchungsbefunde vom vorherigen Hausarzt/ Facharzt & ihren Impfpass.

Wir danken für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam

