



Aufnahmebogen für neue Patienten:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Bevollmächtigte für Gesundheitsinformationen (Name, Telefon, Verhältnis):

Grund des Besuchs: _____

Medizinische Vorgeschichte:

- Haben Sie chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?

- Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

- Wurden Sie in der Vergangenheit operiert oder mussten Sie stationär behandelt werden?

- Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (inkl. Dosierung)

- Haben Ihre Eltern, Geschwister oder Kinder chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?

- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel und seit wann?

- Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel und wie oft?

- Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen und wie oft?

- Haben Sie weitere Fragen oder wichtige Informationen?

Datum und Unterschrift:
