



Aufnahmebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, wir sind bemüht Sie optimal ärztlich zu behandeln.

Hierzu benötigen wir die vollständige Information über Ihre Krankheitsvorgeschichte. Alle Angaben sind Freiwillig.

Persönliche Daten

Name:
Vorname:
Geburtsdatum
Anschrift:
Tel:
Mobil:
e-Mail:

Wer ist ihr Hausarzt? _____

Medizinische Informationen:

Grund der Heutigen Besuch _____

Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Blutverdünner ☐ Nein ☐ Ja _____

Andere Medikamente ☐ Nein ☐ Ja _____

Bestehen folgende Krankheiten?

Allergien: ☐ Nein ☐ Ja _____

Bluthochdruck ☐ Nein ☐ Ja Diabetes (Zucker) ☐ Nein ☐ Ja

Krebserkrankung ☐ Nein ☐ Ja _____ Bestrahlung / Chemotherapie ☐ Nein ☐ Ja

Nierenversagen ☐ Nein ☐ Ja Nierentransplantation ☐ Nein ☐ Ja

Rheuma ☐ Nein ☐ Ja

Infektionskrankheiten: ☐ Nein ☐ Ja _____

Sonstige Krankheiten? ☐ Nein ☐ Ja _____

Bisherige Operationen: ☐ Nein ☐ Ja _____

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Nein ☐ Ja, Woche _____ ☐ Ungewiss

Ort, Datum

Unterschrift