

Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !

Sie sind heute zum ersten Mal zur Behandlung in unserer Praxis. Um Ihre Daten vollständig und korrekt aufzunehmen, bitten wir Sie, diesen Aufnahmebogen auf der Vorder- und Rückseite auszufüllen und an entsprechender Stelle zu unterschreiben. Vielen Dank !

Name Akadem. Titel

Vorname Geburtsdatum

Straße

PLZ Wohnort

Tel. privat Tel. geschäftlich

Mobil Fax

E-mail

Krankenkasse Beihilfe Ja Nein

Basisvertrag Ja Nein

Hauptversicherter

Arbeitgeber

Beruf

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Empfehlung Internet Telefonbuch

bitte wenden 

Die nachstehenden Fragen betreffen Ihre Krankheitsvorgeschichte.

(wann erstmals aufgetreten)

- Bluthochdruck

- Herzinfarkt

- Koronare Herzerkrankung

- Herzkatheteruntersuchung

- Herzrhythmusstörungen

- Schlaganfall

- Durchblutungsstörungen

- Thrombose/ Lungenembolie

- Marcumarpatient

- Diabetes mellitus

- Gicht/erhöhte Harnsäure

- Nierenerkrankung

- Lebererkrankung

- Schilddrüsenunterfunktion Schilddrüsenüberfunktion

- Rheumatische Erkrankung

- Epilepsie (Krampfanfälle)

- Hautkrankheit

- Tumorerkrankung

- Allergie gegen

Nehmen Sie Medikamente ein ? Nein Ja

Wenn ja, nennen Sie diese bitte (z.B. ASS 100 mg 1-0-0)

Bisherige Krankenhausaufenthalte oder Operationen

Ort/Datum

Unterschrift
