



Julia Horstmann
 Fachärztin für Allgemeinmedizin



Dr. med Andrej Wöhrmann
 Internist / Hausärztliche Versorgung

Aufnahmebogen

Stammdaten:

Name:	Strasse:
Vorname:	PLZ: Ort:
Geburtsdatum:	Telefon:
Krankenkasse:	Mobil:
E-Mail-Adresse:	

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen:

Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkr. <input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/>
Angina Pectoris/Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkr. <input type="checkbox"/>
Krampfadern <input type="checkbox"/>	Lebererkr. <input type="checkbox"/>
Nierenerkr. <input type="checkbox"/>	Erhöhte Blutfettwerte <input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäure <input type="checkbox"/>	Grüner Star <input type="checkbox"/>
Grauer Star <input type="checkbox"/>	Lungenerkr. <input type="checkbox"/>
Prostataerkr. <input type="checkbox"/>	Krebserkr. <input type="checkbox"/>
Thrombose <input type="checkbox"/>	Gynäkologische Erkr. <input type="checkbox"/>
Schlaganfall <input type="checkbox"/>	

Größe: cm Gewicht: kg

Sonstige Erkrankungen:

Wurden folgende Operationen bei Ihnen durchgeführt:

Blinddarmentfernung

Mandelentfernung

Gallenblasenentfernung

Gebärmutter-OP

Herzkatheter

Kaiserschnitt

Sonstige Operationen:

Bitte machen Sie einige Angaben über sich:

Welche Medikamente nehmen Sie ein:

Name:

Dosis:

Wie oft:

Bitte führen Sie Allergien oder Unverträglichkeiten auf:

Falls Sie akute Beschwerden haben, schildern Sie diese bitte kurz:

Bitte schreiben Sie noch, wie Sie auf uns gekommen sind:

Datum

Unterschrift

*** BITTE DENKEN SIE AUCH DARAN, UNS IHREN IMPFPASS VORZULEGEN ***