

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"/>
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:

Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten?

Wenn ja, führen Sie diese bitte auf:

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

Und zum Schluss noch eine Frage: Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?