

Allgemeinärztlichen Behandlung - Aufnahmebogen

Bitte füllen Sie die Unterlagen sorgfältig aus. Vielen Dank.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

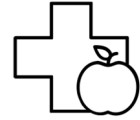
Mobilnummer:

Familienstand:

Beruf:

Raucher:

Art der Erkrankung	Eigene Erkrankung		Erkrankung in der Familie	
	Nein	Ja, seit?	Nein	Ja, wer?
Diabetes mellitus				
Herzinfarkt				
Schlaganfall				
Bluthochdruck				
Schilddrüsenerkrankung				
Erhöhte Blutfette				
Krebserkrankung				
Erhöhte Harnsäure				
Lebererkrankung				
Angina pectoris, Koronare Herzkrankheiten				
Sonstige Herzerkrankung				
Krampfadern				
Sonstige Erkrankungen <i>Bitte hier ergänzen!</i>				



Bei welchen Fachärzten sind Sie aktuell in Behandlung, z. B. Neurologe, Augenarzt usw.?

An welchen Unverträglichkeiten oder Allergien leiden Sie, z. B. gegen Antibiotika oder Lebensmittel?

Welche Operationen wurden bereits bei Ihnen durchgeführt?

Art der Operation	Operationsjahr

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name des Medikaments	Stärke	Einnahmezeit			
		Früh	Mittags	Abends	Nachts
<i>Beispielmedikament XY</i>	<i>10 mg</i>	<i>1</i>		<i>1/2</i>	

Datum:

Unterschrift:

Bitte bringen Sie Ihre Chipkarte, Ihren aktuellen Medikamentenplan, aktuelle Laborwerte, Ihren Impfausweis und Vorbefunde, z. B. Krankenhausberichte oder Augenarztbefund und ggf. eine Überweisung zum nächsten Arzttermin mit. Vielen Dank.