

Patientenaufnahmebogen

Lieber Patient, liebe Patientin,
um Sie optimal beraten und behandeln zu können, möchten wir ein paar Antworten auf
folgende Fragen:

Unsere Fragen an Sie!

Name:

Vorname:

Telefonnummer:

Wie groß sind Sie? cm

Wie schwer sind Sie? kg

Rauchen Sie? ja nein gelegentlich

Trinken Sie Alkohol? ja nein gelegentlich

Wurden bei Ihnen bereits Erkrankungen festgestellt? nein

Wenn ja, welche und von welchem Arzt?

.....
.....
.....
.....

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt? nein

Wenn ja, welche, wann & wo wurden diese durchgeführt?

.....
.....
.....
.....

Sind in Ihrer Familie Erkrankungen bekannt?

nein

Wenn ja, welche?

Allergien

Bluthochdruck

Asthma

Hautkrankheiten

Herz-Kreislaufkrankheiten

Anfallsleiden

Zuckerkrankheit

Augenkrankheiten

Übergewicht

Ohrenkrankheiten

Fettstoffwechselstörungen

Wirbelsäulen-Krankheiten

Knochen-Gelenk-Krankheiten

angeborene Schäden / Behinderungen

Magen-Darm-Krankheiten

Blasen-Nieren-Erkrankungen

andere Erkrankungen

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?

nein

Wenn ja, welche und wie viel?

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Wurden Sie schon mal geimpft?

nein

Wenn ja, wo gegen?

Tetanus

Diphtherie

Polio (Kinderlähmung)

Grippe

Hepatitis

Zecken

Lungenentzündung

andere

Besitzen Sie einen Impfausweis?

na

nein

Bei Frauen:

Waren Sie schon mal schwanger?

nein

Wenn ja, wie oft?

1

2

3

4

und mehr Geburten

Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt?

.....

.....

Datum

.....

Unterschrift

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterinnen an der Anmeldung.