

Sehr geehrter Patient!

Um ein möglichst umfassendes Bild von Ihnen und Ihren Beschwerden zu erhalten benötigen wir, neben den auf der Chipkarte gespeicherten Daten, weitere Informationen und bitten Sie, diesen Aufnahmebogen so vollständig wie möglich auszufüllen.

Sollten Sie Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an!

Vorerkrankungen: (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lungenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Darmkrankheiten | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Magenkrankheiten | _____ |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen | _____ |

Nachname
Vorname
Straße
Postleitzahl / Ort
Telefon
Familienstand Kinder
erlernter Beruf
ausgeübte Tätigkeit

Operationen:

Medikamente (was?, seit wann?, wieviel?): (bitte denken Sie an Pille, Abführmittel, Schmerz- und Schlaftabletten)

	Jahr	Dosierung

Allergien: (z. B. Asthma, Neurodermitis, Heuschnupfen?)

Krankheiten in der Blutsverwandschaft (siehe oben):

- Nikotin** (wieviel?, seit wann?): _____
- Nichtraucher** seit: _____

- Alkohol:**
- nie
- gelegentlich
- regelmäßig

- Belastungen am Arbeitsplatz:**
- Hitze Lärm
- Staub Chemikalien

bitte wenden >

Bestehen gesundheitliche Probleme: (bitte ankreuzen)

- Häufiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung?
- Blut oder Schleim im Stuhl?
- Ungewollte Gewichtsabnahme oder Gewichtszunahme?
- Mehr Durst oder häufigeres Wasserlassen?
- Ungewohnte Atemprobleme, z. B. bei Belastung?
- Schmerzen im Brustkorb bei Belastung?
- Verspüren Sie häufig Herzrhythmusstörungen?
- Sind Ihnen Veränderungen Ihrer Haut aufgefallen?
- Leiden Sie gehäuft unter Schnupfen?
- Bemerken Sie, dass Sie vergeßlich werden?
- Stürzen Sie gelegentlich?
- Wird Ihnen häufiger schwindlig?
- Schnarchen Sie?

Ich bin damit einverstanden an weitere Untersuchungen erinnert zu werden und bitte um Aufnahme in die Erinnerungskartei (Recall).

Ort

Datum

Unterschrift