



Aufnahmebogen

Bitte füllen Sie dieses Formular aus bzw. kreuzen Sie Zutreffendes an

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

Hausarzt: _____

Sind Sie mit Übermittlung von Befunden an Ihren Hausarzt/Hausärztin einverstanden? Ja Nein

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar

Jetzige Hauptbeschwerden _____

Wie lange haben Sie diese Beschwerden schon? _____

Wann treten diese Beschwerden auf? _____

Wie oft treten diese Beschwerden auf? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikamentenallergie gegen _____

Sind Sie derzeit krankgeschrieben? Nein ja seit wann? _____

Stationäre Aufenthalte: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich

	ja	nein		ja	nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogengenuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Berufsausbildung _____

Familienstand _____ Kinder _____

Was ist Ihr Hauptwunsch an die Untersuchung / Behandlung? _____

Was ich die Ärztin in der Sprechstunde noch fragen möchte (Stichworte): _____

Stuttgart, den _____ Unterschrift Pat. _____