



Patientenaufnahmebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und beantworten Sie die Fragen vollständig. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen.

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer zu Hause: _____ geschäftlich: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:

Name: _____ Tel.-Nr. _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Freiwillige Angaben:

Beruf/Tätigkeit: _____ Familienstand: _____ Kinder: _____

Allgemeine Daten:

Größe: _____ Gewicht: _____ Raucher: ja nein

bekannte Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Pflegestufe: _____ Schwerbeschädigung: _____



Vorerkrankungen

Diabetes: ja nein Herzerkrankung: ja nein Bluthochdruck: ja nein
 Lungenerkrankung: ja nein Krebserkrankung: ja nein Schlaganfall: ja nein
 Fettstoffwechselstörung: ja nein Nierenerkrankung: ja nein
 Knochen- oder Gelenkerkrankung: ja nein Schilddrüsenerkrankung: ja nein
 Operationen: ja nein andere Erkrankung: ja nein

wenn ja, welche:

Bitte schreiben Sie im Folgenden alle Medikamente auf, die Sie einnehmen.

Nennen Sie bitte auch Medikamente, wie z. B. die Pille oder frei verkäufliche Präparate.

Medikament: Name, Wirkstoffmenge (mg)	Einnahmezeit Morgens	Einnahmezeit Mittags	Einnahmezeit Abends	Einnahmezeit Zur Nacht

Bitte bringen Sie zum Arzttermin Ihren Impfausweis und Kopien wichtiger Unterlagen mit!

Datum

Unterschrift des Patienten