



**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. \_\_\_\_\_