

Aufnahmebogen - Praxis am Kaffelstein

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen möglichst vollständig aus. Sie helfen uns damit, unsere hausärztlichen Aufgaben und Behandlungen optimal auf Sie auszurichten.

Ihnen unbekannte Angaben oder unklare Fragen versehen Sie bitte mit einem Fragezeichen oder ungefähren (ca.) Angaben. Ihre Angaben sind freiwillig und unterstehen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

NAME	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		
Telefon privat	Telefon mobil	Telefon geschäftlich
E-Mail:		
Beruf	Bisheriger Hausarzt	
Bisherige Teilnahme an:		
Gesundheitsuntersuchung („Check Up“)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____	
Krebsvorsorge für Männer	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____	
Hautkrebs-Untersuchung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt _____	
DMP („Curaplan“)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für <input type="radio"/> KHK <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Asthma/COPD	
Hausarztmodell	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Allergien: <input type="checkbox"/> ja (z.B. Penicillin: Ausschlag, Atemnot) <input type="checkbox"/> keine bekannt		
Impfungen: (→ im Zweifel bringen Sie gerne Ihren Impfpass zum nächsten Termin mit)		
sind <input type="checkbox"/> auf aktuellem Stand <input type="checkbox"/> unvollständig <input type="checkbox"/> unklar		
Grösse		Gewicht
Rauchen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ehemals		
Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister)		
<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)		
<input type="checkbox"/> Herz (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris)		
<input type="checkbox"/> Nervensystem (z.B. Schlaganfall, Epilepsie)		
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen		
<input type="checkbox"/> _____		

Diagnosen / Erkrankungen	bekannt seit

Durchgeführte Operationen	im Jahre

Aktuelle Medikamente	morgens	mittags	abends	bei Bed.
z.B. ASS 100mg	1	0	0	

Raum für Anregungen, Hinweise und Fragen

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit Ihrer Angaben und gestatten Sie uns, zur Behandlung notwendige Informationen von vorbehandelnden Ärzten bei Bedarf anzufordern.

Kreuzwertheim, den _____
 1.2.1 (1) Aufnahmebogen

Unterschrift: _____