



Aufnahmebogen für neue Patienten

IHRE PERSONALIEN

Name	Geb.Name (ggfs.)	Vorname	geb. am
Arbeitgeber		Tätigkeit	Nationalität
Privatanschrift:	PLZ, Wohnort	Straße	

IHRE GESUNDHEITSVORGESCHICHTE

Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht! Dies gilt auch für Ihre Angaben in diesem Fragebogen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an uns!

A Gesundheitsvorgeschichte der Familie

Schwere Erkrankungen Ihrer nächsten Angehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder)

			welche	wer
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		

B Eigene Erkrankungen

Kinderkrankheiten

Windpocken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ?	Spätfolgen	
Masern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ?	Spätfolgen	
Mumps	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ?	Spätfolgen	
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ?	Spätfolgen	
Röteln	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ?	Spätfolgen	
Sonstige					

schwere Unfälle nein ja

Gesundheitliche Folgen wann

Operationen nein ja

welche wann

Berufskrankheit nein ja welche

Schwerbehinderung nein ja warum

Kriegs- bzw. nein ja welche

Wehrdienstbeschädigung

GdB

Welcher Hausarzt hat Sie bisher behandelt?

Dr. _____ in (Ort) _____

BITTE WENDEN!

Eigene Vorerkrankungen

(seit) wann

welche

- 1. der Augen nein ja
- 2. der Ohren nein ja
- 3. der Lunge nein ja

- 4. Herz / Kreislauf / Blutdruck nein ja

- 5. Magen / Darm nein ja
- 6. Leber- und Gallenerkrankungen nein ja
- 7. Stoffwechsel (z.B. Zucker) nein ja
- 8. Nieren- und Blasenkrankungen nein ja
- 9. Nerven- und Gemüteskrankungen nein ja
- 10. Anfallsleiden (Epilepsie) nein ja
- 11. Bluterkrankungen nein ja
- 12. Haut nein ja
- 13. Allergien nein ja

- 14. Bewegungsapparat / Wirbelsäule nein ja

- 15. schwere Infektionskrankheiten nein ja
- 16. Sonstige Erkrankungen nein ja

- 17. Heilverfahren / Kuren nein ja

Ergänzungen

- Besteht ständige ärztliche Behandlung? nein ja

warum	

- Regelmäßige Medikamenteneinnahme? nein ja

welche	

Bei Frauen

- Besteht Schwangerschaft ? nein ja
 Stillen Sie zur Zeit ? nein ja

____.Woche

Körperfunktionen

- Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg
- Ist Ihr
- Stuhlgang normal? nein ja
 - Wasserlassen normal? nein ja
 - Schlaf gut? nein ja
 - Haben Sie Wasser in den Beinen? nein ja

- Raucher nein ja

- Appetit gut? nein ja
- Durst normal? nein ja

- nächtlichen Harndrang? nein ja

Aktuelle Beschwerden

- Bestehen derzeit Beschwerden? nein ja
 Welche?

Wichtig! Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis zur Untersuchung mit!

Die gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Sorgeberechtigten

Vielen Dank für Ihre Mühe!

