

# Aufnahmebogen

Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite – Danke !

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

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

**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?**

z.B. bitte Medikamentenplan oder hier eintragen:

Medikament	Dosierung	seit wann?

Medikamentenallergie gegen \_\_\_\_\_

Bitte wenden →→

Sind Sie derzeit krankgeschrieben? Ja  Nein  seit wann? \_\_\_\_\_

Stationäre Aufenthalte: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Epileptische Anfälle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheuma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	HIV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
sonstige Herzerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			

	was?	wieviel?	wie oft?	seit wann?
Nikotin				
Alkohol				
Drogen				

Beruf \_\_\_\_\_ beschäftigt als \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

**Was ist Ihr Hauptwunsch an die Untersuchung / Behandlung?** \_\_\_\_\_

Was ich in der Sprechstunde noch fragen möchte (Stichworte): \_\_\_\_\_

Stuttgart, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_