

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 _____