

Patientenaufnahmebogen

Praxis

Dr. med.
Friedrich Scheibe

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geb.-Datum: _____

Versicherung: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Tel. Mobil: _____

Fax: _____

Willkommen in unserer Praxis!

Die nachfolgenden Fragen helfen uns, Ihnen eine komplikations- und reibungslose Behandlung zu ermöglichen. Bitte tragen Sie mit Ihren Angaben dazu bei - diese werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Soziales:

Familienstand:

Kinder:

Beruf:

Operationen? Wann?

Zeitpunkt

Blinddarm Ja _____ Nein

Mandeln Ja _____ Nein

Medizinische Daten:

Größe:

Gewicht:

Andere:

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Ja
 Nein

Unfälle/Vorerkrankungen?

Bluthochdruck Ja Nein

Blutzuckerkrankheit Ja Nein

Magenerkrankung Ja Nein

Tumorerkrankung Ja Nein

Nierenerkrankung Ja Nein

Hautkrankheit Ja Nein

Fettstoffwechselstörung/
erhöhtes Cholesterin Ja Nein

Gicht/Harnsäurestoff-
Wechselstörung Ja Nein

Gelenk-Rheuma Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Aids Ja Nein

Leberentzündung Ja Nein

Asthma Ja Nein

Herzkrankheit/Herzinfarkt Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Psychische Erkrankung Ja Nein

Anfallsleiden Ja Nein

Andere

Leiden Sie an Allergien?

Ja
 Nein

Wenn ja, worauf reagieren Sie allergisch?

.....
.....
.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig und in welcher Dosis ein?

.....
.....
.....
.....
.....

Nehmen Sie „blutverdünnende“ Medikamente ein (z.B. ASS, Marcumar)?

Ja
 Nein

Krankenhausaufenthalte:

von...bis	Erkrankung
.....
.....
.....
.....

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Röteln	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Windpocken	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Mumps	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Scharlach	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

=> bitte Rückseite beachten!