Patientenaufnahmebogen

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Hsnr. _____ Ort _____

Tel. zu Hause _____ Handy _____

Aktueller Hausarzt _____

Grund des Hausarztwechsels _____

_____

Vorerkrankungen: ◯ Diabetes ◯ Herz- ◯ Rheuma ◯ Bluthochdruck ◯ Nieren-

◯ Gelenkerkrankungen ◯ Magen- ◯ Leber- und Gallen- ◯ Embolien ◯ Darm-

◯ Schilddrüse- ◯ Krampfleiden ◯ Augenerkrankungen

◯ Krebs: _____

◯ sonstiges: _____

Allergien/Unverträglichkeiten

◯ Heuschnupfen ◯ allergisches Asthma ◯ Metalle ◯ Penicillin

◯ sonstige: _____

Patient kann Aufgenommen werden

◯ JA ◯ Nein