



Aufnahmebogen für neue Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben und heißen Sie herzlich willkommen in unserer Praxis, bei der Sie im Mittelpunkt stehen.

Bevor wir uns jedoch ganz in Ruhe um Ihre Beschwerden/individuellen Bedürfnisse kümmern können, benötigen wir im Vorfeld, neben Ihren Personalien, auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, Vorerkrankungen (ggf. Befunde in Kopie), Allergien oder sonstiges. Dies ist uns wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Selbstverständlich unterliegen all Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

1) Angaben zur Person

Patient: Name, Vorname: _____

Patient: Geburtsdatum: _____

Versicherter: Name, Vorname: _____

Versicherter: Geburtsdatum: _____

Anschrift privat: _____

Telefon privat / Handynummer: _____

E-Mail / Telefax privat: _____

Im Notfall benachrichtigen: _____

(Name, Verwandtschaftsgrad, Handynummer) _____

Beruf: _____

Name u. Anschrift Arbeitgeber: _____

Telefon/Telefax/E-Mail dienstlich: _____

Krankenkasse, Versicherung: _____

Ich bin (bitte kreuzen Sie an):

gesetzlich pflichtversichert

beihilfeberechtigt privat

gesetzlich freiwillig versichert

voll privat versichert

2) Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet

auf Empfehlung von: _____

sonstiges: _____

3) Mitbehandelnde Ärztinnen & Ärzte

Bisheriger Hausarzt: _____

Weitere Fachkollegen: _____

4) Grund Ihres Besuchs (aktuelles Krankheits-/Beschwerdebild)

5) Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft?

ja

nein

Wechseljahres-Beschwerden?

ja

nein

(wenn ja, welche) _____

6) Impfschutz

Impfbuch vorhanden?

ja

nein

(bitte bringen Sie dieses bei Ihrem nächsten Besuch in unserer Praxis mit bzw. geben unserem Praxisteam einen Hinweis, wenn Sie ein neues Impfbuch benötigen – Vielen Dank)

7) Wann war Ihre letzte...

Krebsvorsorgeuntersuchung? _____

Gesundheitsuntersuchung? _____

Hautuntersuchung (Hautscreening)? _____

8) Hatten Sie schon Operationen? Wenn ja, welche? (bitte auch OP-Jahr angeben)

9) Welche chronischen Erkrankungen/Allergien bestehen bei Ihnen?

- Raucher
- Alkohol-/Drogenproblematik vorhanden
- Bluthochdruck
- Herzerkrankung
- Lungenerkrankung
- Magen-Darm-Erkrankung
- Reizdarm
- Essstörungen
- Rapide Gewichtsveränderung
- Leber-Erkrankung
- Chronische Schmerzen
(Muskel-/Skelettbereich?)
- Chronische Infekte
- Zahnprobleme
- Nieren-Erkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Stoffwechsel-Erkrankung
- Diabetes / Zuckerkrankheit
- Erhöhte Blutfettwerte / Cholesterin
- Rheumatische Erkrankung
- Gelenkerkrankung / Arthrose
- chronische Müdigkeit / (CFS)
- Schlafstörungen
- Unkonzentriertheit
- Prüfungsangst
- Antriebsarmut
- Potenzstörungen
- Sonstige _____

Bestehen Allergien / Unverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche: _____

10) Welche Medikamente nehmen Sie als Dauermedikation?

Medikamente:	morgens	mittags	abends	zur Nacht

11) Fühlen Sie sich aktuell seelisch stark beansprucht? (Stress, Burnout)

- nein ja, mehr privat ja, mehr beruflich

12) Treiben Sie regelmäßig Sport?

- ja nein

13) Wie ernähren Sie sich?

- vegetarisch Paleo Pescetarier Low Carb
 vegan glutenfrei Clean Eating Rohkost

Sonstiges: _____

14) Bitte tragen Sie hier Ihre Größe und Ihr aktuelles Gewicht ein:

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg