



## Patientenaufnahmebogen Erwachsene

Lieber Patient!

Stand 3-2019

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Zur Erleichterung der Erfassung Ihrer persönlichen und medizinischen Daten möchten wir Sie bitten, diesen Bogen auszufüllen. Sollte der Platz zum Antworten auf diesem Bogen nicht ausreichen, benutzen Sie bitte ein zusätzliches Blatt Papier.

Name, Vorname, Namenszusätze, Titel: .....

Geburtsdatum, Geburtsort: .....

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort: .....

Telefon privat + dienstlich.....

Telefon mobil: .....

Wie ist Ihr Familienstand? Haben Sie Kinder?.....

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? Gesetzl.? Privat?.....

Beruf, auch frühere Berufe, derzeitige Tätigkeit: .....

---

Was ist der Grund Ihres Besuches? Benennen Sie Ihre derzeitigen Beschwerden? .....

Wann sind diese Beschwerden das erste Mal aufgetreten?.....

Was ist aus Ihrer Sicht die Ursache dieser Beschwerden?.....

Was verschlimmert diese Beschwerden?.....

Was lindert diese Beschwerden?.....

Gibt es Laboruntersuchungen, techn. Untersuchungen (Rö, MRT)? Wann, Wo?.....

Wer ist Ihr Hausarzt (Anschrift)?.....

Bei welchen anderen Ärzten oder Therapeuten sind Sie in Behandlung?.....

Leiden Sie unter anderen Erkrankungen bzw. Beschwerden? Seit wann?

Nennen Sie die bisher gestellte Diagnosen: .....

Leiden Sie unter Allergien oder Medikamenten- bzw. Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten? .....



Sind Sie bereits operiert worden? Warum, wer operierte, wo und wann?.....

.....

Sind Sie stationär in einem Krankenhaus behandelt worden? Warum, wo und wann?.....

.....

Gab es bisher Unfälle? Wann? Folgen? Wer hat Sie behandelt?.....

.....

Gibt es in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern) chron. Erkrankungen, Herzinfarkt, Brustkrebs oder andere Krebserkrankungen? Nennen Sie die Erkrankungen:

.....

Haben oder hatten Sie Brustkrebs?.....

Haben oder hatten Sie Gebärmutter- bzw. Eierstockkrebs, bzw. Prostata-Ca?.....

Hatten Sie einen Schlaganfall?.....

Hatten Sie eine Thrombose oder eine Embolie? .....

Haben oder hatten Sie Gerinnungsstörungen?.....

Haben oder hatten Sie eine Lebererkrankung? .....

---

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche und welche Dosis?.....

.....

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel oder Vitamine ein? Dosis?.....

.....

Welchen Sport betreiben Sie? Wie oft wöchentlich?.....

Haben Sie Hobbys? Freizeitaktivitäten?.....

Haustiere?.....

Fernreisen? Auslandsaufenthalte?.....

Rauchen Sie? Wieviel?.....

Trinken Sie Alkohol? Wie oft, was und wieviel?.....

Wer hat Sie zu uns empfohlen?.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?.....

Datum: .....

Unterschrift: .....

Vielen Dank für Ihr Mitwirken

Ihr Team Praxis Dr. Dörhage