

## Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus und sprechen Sie Fragen oder Unklarheiten direkt an. Diese Angaben sind wichtig, um die Krankengeschichte umfassend zu erheben und sind wesentliche Grundlage der Untersuchung und Behandlung.

### Persönliches

Name, Vorname des Patienten:  Frau  Herr

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum

Telefon privat:

Telefon Dienstlich:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Behandelnder Arzt, Ort:

Empfehlung durch:

Krankenkasse:



## Gesundheitliches

Bitte füllen Sie die Fragen sorgfältig und vollständig aus. Sie dienen dazu Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung und Behandlung zu erleichtern.

### Aktuelle Beschwerden/Schmerzen

  

### Wo bestehen diese?

  

### Wie nehmen Sie die Beschwerden/Schmerz wahr?

  

### Wann treten die Beschwerden/Schmerzen auf?

  

### Haben Sie bemerkt, ob es Faktoren gibt, die die Beschwerden/Schmerzen auslösen/verstärken/mindern können?

  

### Welche Medikamente werden aktuell eingenommen?

  

### Sind Allergien bekannt?



**Bestehen Vorerkrankungen? (Bitte ankreuzen)**

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Bluthochdruck
- Vorhofflimmern
- Schilddrüsenerkrankung
- Angina pectoris/ Herzinfarkt
- Lebererkrankung
- Sonstige Herzerkrankungen
- Nierenerkrankung
- Durchblutungsstörungen
- Erhöhte Blutfettwerte
- Krampfadern
- Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)
- Krebserkrankung
- Schlaganfall
- Epilepsie
- Erkrankungen des Verdauungstraktes
- Verdauungsprobleme
- Osteoporose
- Rheuma
- Atemwegserkrankungen
- Allergien
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Medikamentenunverträglichkeiten
- Neurologische Erkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- HIV

**Ist in Ihrer Familienvorgeschichte eine der folgenden Erkrankungen bekannt? (bitte ankreuzen)**

- Bluthochdruck
- Blutzuckerkrankheit
- Fettstoffwechselstörung
- Herzinfarkt
- Krebs

**Sonstiges, was Sie noch mitteilen möchten?**

**Vielen Dank**, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind.

Ort, Datum

Unterschrift

