

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie sollen sich bei uns gut versorgt fühlen. Hierfür benötigt das PRAXIS-TEAM einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer Krankengeschichte. Damit ersparen Sie sich und uns wertvolle Zeit und Sie ermöglichen uns, Ihnen einen optimalen Service zu bieten.

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Tel.-Nr.: Handy: Beruf:
E-Mail:

gesetzlich versichert : privat versichert:
Private Zusatzversicherung für stationäre Behandlungen?

Ihre aktuellen Beschwerden?.....
Hatten Sie schon Operationen.....
Welche? Wann? (Monat/Jahr)

Haben Sie chronische Erkrankungen?
Haben Sie Zucker?, Wenn ja, tabletten- od. insulinpflichtig?
Gibt/gab es schwere Erkrankungen in Ihrer Familie?
Wenn ja, welche

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar usw.) ?
Wenn ja, welche

Haben Sie Allergien gegen Medikamente?
Ist ein Tetanusschutz vorhanden? _ Ja / _ Nein
Größe:..... Gewicht:.....

Wer ist Ihr Hausarzt ?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? – durch (bitte ankreuzen)

Telefonverzeichnis Werbung Internet
Freunde/Bekannte Anderen Arzt Empfehlung von _____

Wir erinnern Sie gerne an wichtige Termine (Akupunktur, Knochendichtemessung, Knorpelaufbau-Injektionen usw.)Wünschen Sie in unseren Erinnerungs-Service aufgenommen zu werden?
_ Ja / _ Nein

Herzlichen Dank für Ihre Angaben

Datei und Stand: MD 25 Pat. Aufnahmebogen Anmeldung

Seite 1/1

Stand: 28.07.2011

Freigabe: _____