

Neuaufnahme

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße:	Postleitzahl / Wohnort:
Festnetznummer:	Handynummer:
Faxnummer:	E-Mail-Adresse:
Beruf:	Geschlecht:
Notfallkontakt mit Telefonnummer:	
Bisheriger Hausarzt:	Sonstige Angaben:
Krankenversicherung: Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfegerecht <input type="checkbox"/>	
Name der Krankenversicherung:	

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Gicht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Gelenk-Rheuma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	HIV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hauterkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Herzkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Liegen andere Vorerkrankungen bei Ihnen vor? Falls ja, welche?

Sind bei Ihnen Allergien gegen Medikamente oder andere Stoffe bekannt? Falls ja, welche?

Hatten Sie bereits eine bzw. mehrere Operationen? Falls ja, welche und wann?

Besteht oder bestand bei nahen Verwandten (Eltern und Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Krebs	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ergänzende Angaben:					

Allgemeine Fragen

Stuhlgang	Normal <input type="checkbox"/>	Durchfall <input type="checkbox"/>	Verstopfung <input type="checkbox"/>
Wasserlassen	Normal <input type="checkbox"/>	Nacht öfters als 1-2 mal <input type="checkbox"/>	
Gewichtsveränderung	Keine <input type="checkbox"/>	Zunahme <input type="checkbox"/>	Ja deutlich <input type="checkbox"/>
		___ kg in ___ Monaten	___ kg in ___ Monaten
Rauchen Sie?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
		Wie viel? _____	Seit wann? _____
Trinken Sie Alkohol?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
		Was, wie oft und wie viel? _____	
Sind Sie schwanger?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vielleicht <input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, nenne Sie uns das Präparat und die Dosis.

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Mit Ihren Angaben helfen Sie uns, Sie bestens zu betreuen!

Bei minderjährigen Patienten: Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datenschutz: Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient oder Vormund)