
Dorfplatz 5, 6375 Beckenried, Tel: 041 620 01 11

Patientenaufnahmebogen

Name	
Vorname	
Geb.-Datum	
Beruf	
Wohnadresse	
PLZ / Ort	
Telefon Privat	
Telefon Geschäft	
Handy	
E-Mail	
Ihr Hausarzt	
Empfohlen / Überwiesen von	
Bei Kindern: Gesetzlicher Vertreter (Name / Vorname)	
Kostenträger	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistung <input type="checkbox"/> Sozialhilfe

Patientenerklärung

Mit der Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung erforderlichen Daten an die von uns beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

Alle Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis und werden streng vertraulich behandelt.

Bitte noch weiter ausfüllen!! ►

Dorfplatz 5, 6375 Beckenried, Tel: 041 620 01 11

Patient:

.....
 Name Vorname Geb.-Dat.

Anamnesebogen

Haben od. hatten Sie.....	ja	nein
Allergien → welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz / -schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung / -ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung d. Immunsystems (HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie (gelegentlich) Drogen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Psychopharmaka ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift