



Aufnahmebogen für neue Patienten

Ihre Personalien

Name	Geb. Name (ggfs.)	Vorname
Arbeitgeber	Tätigkeit	Nationalität
Straße	PLZ, Wohnort	Land
Telefon Festnetz	Handynummer	E-Mail-Adresse
Beruf	Familienstand	

Ihre Gesundheitsvorgeschichte

Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht ! Dies gilt auch für Ihre Angaben in diesem Fragebogen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an uns !

A Gesundheitsvorgeschichte der Familie. Schwere Erkrankungen Ihrer nächsten Angehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder)

- | | | |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Allergien | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

B Eigene Erkrankungen

Kinderkrankheiten

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Windpocken | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? |
| Masern | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? |
| Mumps | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? |
| Keuchhusten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? |
| Röteln | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ? |
| Covid-19 erkrankt ? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Datum _____ |
| Sind Sie gegen Covid geimpft ? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Datum _____ |
| | | | Und _____ |

Sonstige

Operationen & Unfälle

nein

ja

welche

wann

Berufskrankheit

nein

ja welche

Schwerbehinderung

nein

ja welche

Kriegs- bzw.
Wehrdienstbeschädigung

nein

ja welche

Gesetzlicher Betreuer

nein

ja wer

Patienten Verfügung

nein

ja

Welcher Hausarzt hat Sie bisher behandelt ?

Dr.	in (Ort)
-----	----------

Eigene Vorerkrankungen

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. der Augen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 2. der Ohren | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 3. der Lunge | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 4. Herz /
Kreislauf / Blutdruck | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 5. Magen / Darm | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 6. Leber- und
Gallenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

welche

- | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| 7. Stoffwechsel
(z.B. Zucker, Schilddrüse) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 8. Nieren-
und Blasenerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 9. Nerven –
und Gemütskrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 10. Anfallsleiden
(Epilepsie) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 11. Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 12. Haut | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 13. Allergien | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 14. Bewegungsapparat /
Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 15. Schwere
Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 16. Sonstige Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 17. Heilverfahren /
Kuren | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |

Ergänzung

Besteht ständige ärztliche Behandlung ?

nein

ja

Warum

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?

nein

ja

Welche

Dosierung

Bei Frauen

Besteht eine Schwangerschaft ?
Stillen Sie zur Zeit

nein

ja

_____ . Woche

nein

ja

Körperfunktionen

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____ Kg

Raucher nein
Früher ? wieviel?

ja wieviel / seit wann ? _____
von-bis? _____

Trinken Sie Alkohol nein

ja gelegentlich
Was? _____
Wieviel? _____

Ist Ihr
Stuhlgang normal ? nein
Appetit gut ? nein
Wasserlassen normal ? nein
Durst normal ? nein
Schlaf gut ? nein
nächtl. Schwitzen Fieber nein
Gewicht in d. letzten 6 Monate ? Stabil ? _____

ja
 ja
 ja
 ja
 ja
 ja
 ja

Haben Sie
Wasser in den Beinen ? nein
Nächtlicher Harndrang ? nein

ja
 ja, wie oft? _____

Aktuelle Beschwerden

Bestehen derzeit Beschwerden ? nein

ja

Welche ?

Wichtig ! Bitte reichen Sie uns auch Ihren Impfausweis ein ! (ggfs. als Kopie)

Die gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift der Patienten/ Sorgeberechtigten

Vielen Dank für Ihre Mühe !

Ihr Praxisteam