

Aufnahmebogen (bitte sorgfältig ausfüllen, danke!)

Name:	Telefonnummer:
Vorname:	Mobilnummer:
Geburtsdatum:	E-Mail-Adresse:
Familienstand:	Hausarzt:

Erkrankungen	Eigene		In der Familie	
	Nein	Ja, seit	Nein	Ja, Wer?
Diabetes				
Herzinfarkt				
Schlaganfall				
Bluthochdruck				
Fettstoffwechselstörung				
Krebs ggf. welcher:				

Weitere frühere Erkrankungen:

Befunde (der letzten 2 Jahre, z.B. Krankenhausbericht, Labor- und Augenarztbefund etc., bitte mitbringen):

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten (Antibiotika, Lebensmittel) bekannt? Wenn ja, welche?

Bitte füllen Sie diesen Medikamentenplan sorgfältig aus:

Medikament	Mo.	Mi.	Ab.	Sp.

Bitte bringen Ihren aktuellen Medikamentenplan, aktuelle Laborwerte (max. 1 Jahr alt) und ihren Impfausweis zum nächsten Arzttermin mit. - Danke!