

## Patientenaufnahmebogen

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Nächster Angehöriger: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Chronische Krankheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Impfungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schwerbehinderung: Ja  Nein  Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Danke für Ihre Mühe und Ihr Vertrauen

*Ihr Praxis-Team*