

Philipp Kratz

Facharzt für Allgemeinmedizin
Notfallmedizin

Aufnahmebogen

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Krankenkasse: _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Sonstige behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung):

Sozialanamnese:

Nicht berufstätig

selbstständig

Schüler/Ausbildung

Elternzeit

Beschäftigt in Vollzeit

Beschäftigt in Teilzeit

Beschäftigt im Schichtdienst

Rentner

Beruf: _____

Familienstand:

ledig

verheiratet

verwitwet

Kinder: _____

Wohnsituation:

alleinlebend

mit Familie

betreutes Wohnen

Seniorenwohnheim

Sportliche Aktivitäten: _____

Erkrankungen:

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

seit wann? Nähere Angaben

Bluthochdruck	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Schlaganfall	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Lebererkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Hauterkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Blutungsstörungen/Bluterkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Thrombose o. Lungenembolie	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Augenerkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____

Allgemeine Anamnese:

Größe: _____ Gewicht: _____

Rauchen Sie? JA NEIN Wenn ja: _____ Zigaretten/Tag

Nicht mehr seit: _____

Trinken Sie Alkohol? JA NEIN Wenn ja: _____ Gläser/Woche

Krankenhausaufenthalte:

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus? O JA O NEIN

Wenn ja, warum und wo? _____

Operationen: (bitte erläutern!)

O Herz: _____

O Bauch: _____

O Gefäße: _____

O Wirbelsäule: _____

O Sonstige: _____

Bitte bringen Sie alle Befunde und Krankenhausberichte mit.

Bitte bringen Sie zu ihrem ersten Termin Ihren Impfpass mit!

Die Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift