



## Aufnahmebogen für Ambulanzpatienten

Sehr geehrte Patienten!

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Damit wir Sie individuell, fachgerecht und sicher behandeln können, aber auch für einen zügigen Ablauf Ihrer Behandlung in unserer Praxis, bitten wir Sie um die Beantwortung einiger Fragen. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: ..... Vorname: .....

Adresse: .....

Geburtstag: ..... Krankenkasse: .....

Telephon: ..... Handy: .....

E-Mail: .....

Angehörige: .....

Telephon am Arbeitsplatz: ..... Arbeitgeber: .....

Hausarzt: .....

Mitbehandelnder Arzt: .....

Sind Sie mit der Befundmitteilung an Ihre Ärzte einverstanden? Ja  Nein

Sind Sie mit der Mitteilung notwendiger Daten an Fremdlabore  
und mitbehandelnde Ärzte einverstanden? Ja  Nein

Unterschrift: .....

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Ja  Nein

Wenn ja: Kennzeichnung: .....

Sind Sie von den Zuzahlungen für Medikamente und Taxifahrten befreit? Ja  Nein

Ist Ihre Blutgruppe bekannt? Ja  Nein

Blutgruppe: .....

Wissen Sie Ihre Größe und Gewicht? Größe: .....

Gewicht: .....

Bitte beantworten Sie auch die Fragen zu Medikation und Vorerkrankungen auf der Rückseite!



GEMEINSCHAFTS PRAXIS  
AM SOPHIENHOF

- Werden Sie mit Marcumar behandelt? Ja  Nein
- Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?
- Diabetes mellitus Ja  Nein   
Wenn ja: Insulinpflichtig? Ja  Nein
- Bluthochdruck Ja  Nein
- Erkrankung des Herzens Ja  Nein   
Infarkt? Ja  Nein   
Bypass-OP/Herzkatheter? Ja  Nein
- Arterielle Verschlusskrankheit der Beine (Schaufensterkrankheit) Ja  Nein
- Lungenerkrankung Ja  Nein
- Erkrankung des Magen-Darm-Traktes Ja  Nein
- Erkrankung der Leber Ja  Nein
- Erkrankung der Nieren Ja  Nein
- Tumorerkrankung Ja  Nein
- Rheumatologische Erkrankung Ja  Nein
- Stoffwechselerkrankung Ja  Nein
- Erkrankung der Schilddrüse Ja  Nein
- Erkrankung des Nervensystems Ja  Nein
- Allergien Ja  Nein
- Hatten Sie schon mal eine Thrombose oder Lungenembolie? Ja  Nein
- Liegt eine chronische Infektionserkrankung vor? Ja  Nein
- Rauchen Sie? Ja  Nein
- Liegt eine andere Erkrankung vor? Ja  Nein

Wenn Ja: welche? .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Name + Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam