

**Praxis
am Sophienhof**
Fachärztliches Zentrum
für Nephrologie/Dialyse
und Hypertonie

**Dr. Martin Bellersen
Dr. Klaas Hedke
Dr. Reiko Steinbach**

Hopfenstr. 20-22 | 24114 Kiel
Tel.: 04 31 | 67 70 60
Fax: 04 31 | 67 87 30
mail: info@med-kiel.de
web: www.dialyse-kiel.de



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: _____

Telefon: _____ Handy: _____

email: _____ Telefon am Arbeitsplatz: _____

Angehörige/Telefon: _____

Hausarzt: _____

Mitbehandelnde Ärzte: _____

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

Sind Sie damit einverstanden telefonisch an Ihre Impftermine erinnert zu werden? Ja Nein

Unterschrift: _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Ja Nein

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

Bitte legen Sie die jeweiligen Ausweise zum Kopieren vor!

Ist Ihre Blutgruppe bekannt? Ja Nein

Blutgruppe: _____

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

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

Rheumatische Erkrankung

Ja Nein

Stoffwechselerkrankung

Ja Nein

Erkrankung der Schilddrüse

Ja Nein

Erkrankung des Nervensystems

Ja Nein

Allergien

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie schon mal eine Thrombose oder Lungenembolie?

Liegt eine chronische Infektionserkrankung vor?

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten tägl.? _____

Liegt eine andere Erkrankung vor

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Name + Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam