



## Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
sie kommen heute zum ersten Mal zur Behandlung in meine Praxis. Um Ihre Daten vollständig  
und korrekt aufzunehmen, bitte ich Sie, diese Seiten auszufüllen und zu unterschreiben.

Vielen Dank!

Name \_\_\_\_\_ Akademischer Titel \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon      privat \_\_\_\_\_  
                 mobil      \_\_\_\_\_  
                 geschäftlich \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Beihilfe:  Ja  Nein  
Mitglieds-Nummer \_\_\_\_\_  
Hauptversicherter \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam?

Internet  Telefonbuch  Empfehlung  überweisender Arzt \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass ich per E-Mail Informationen aus der Praxis übermittelt bekomme.

Ja  Nein



Nachstehende Fragen betreffen Ihre Krankheitsgeschichte. Ihre Angaben hierzu dienen der Klärung Ihres Krankheits- bzw. Beschwerdebildes und erleichtern unser Gespräch.

Leiden Sie an:

- ansteckender Gelbsucht
  - rheumatischen Erkrankungen
  - hohem Blutdruck
  - Herz- Kreislauferkrankungen
  - Durchblutungsstörungen
  - Thrombose
  - Krampfadern
  - Epilepsie (Krampfanfälle)
  - Allergien: \_\_\_\_\_
  - Gicht: \_\_\_\_\_
  - Nieren- Blasenerkrankungen
  - Schilddrüsenerkrankung
  - Lebererkrankung
  - Zuckerkrankheit  insulinpflichtig
  - Hautkrankheit
- Bandscheibenschaden:  operativ versorgt  konservativ

Sind Sie Macumarpatient?  Ja  Nein

Zur Zeit Beschwerden wo/wie und seit wann \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein \_\_\_\_\_

Bisherige Krankenhausaufenthalte / Operationen

Wann \_\_\_\_\_ Warum \_\_\_\_\_

Wann \_\_\_\_\_ Warum \_\_\_\_\_

Wann \_\_\_\_\_ Warum \_\_\_\_\_

Düsseldorf, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_