

Aufnahmebogen Praxis Am Gillbach

Datum: _____

Name: _____, geb. am _____

Tel.: _____ Handy: _____ email: _____

Adresse: _____

Ich bin mit Kontaktaufnahmen durch die Praxis bez. Befundbesprechungen/
Erinnerungen an Untersuchung o.ä. einverstanden: 0 ja 0 nein

Beruf: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____, Alter der Kinder: _____

Zuvor in hausärztlicher Behandlung bei: _____

Ich bin bereits in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) eingeschrieben:

0 nein 0 ja, bei _____

Ich habe eine Patientenverfügung: 0 nein 0 ja (bitte Kopie mitbringen)

Ich habe eine Vorsorgevollmacht: 0 nein 0 ja (bitte Kopie mitbringen)

Ich habe eine Gesetzl. Betreuung: 0 nein 0 ja (bitte Kopie mitbringen)

Ich habe einen Pflegegrad: 0 nein 0 ja: Grad ____ (bitte Kopie mitbringen)

Ich habe eine Schwerbehinderung: 0 nein 0 ja: ____ (bitte Kopie mitbringen)

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Nikotin 0 nein 0 ja: _____ Zig./Tag seit _____ Jahren

Alkohol: 0 nie 0 gelegentlich 0 regelmäßig: _____

Sport: 0 nein 0 ja: _____

Wichtige Vorerkrankungen (Herzinfarkte/Zucker/Krebs/Rheuma o.ä.) in der
Familie (Eltern/Geschwister):

Eigene Vorerkrankungen:

1. Allergien: _____

2. Medikamentenuverträglichkeiten:

3. Voroperationen:

4. Erkrankungen:

- Bluthochdruck: 0 nein 0 ja, seit: _____
- Herzerkrankung: 0 nein 0 ja : _____
- Schlaganfall: 0 nein 0 ja, seit: _____
- Gefäßerkrankung: 0 nein 0 ja: _____
- Diabetes: 0 nein 0 ja, seit: _____
- Lungenerkrankung: 0 nein 0 ja: _____
- Nierenerkrankung: 0 nein 0 ja: _____
- Bluterkrankung: 0 nein 0 ja: _____
- Magen/Darmerkr.: 0 nein 0 ja: _____
- Schilddrüsenerkr.: 0 nein 0 ja: _____
- Rheuma: 0 nein 0 ja: _____
- Hauterkrankung: 0 nein 0 ja: _____
- orthopädische Erkr.: 0 nein 0 ja: _____
- urolog./gyn. Erkr.: 0 nein 0 ja: _____
- neurologische Erkr.: 0 nein 0 ja: _____
- psychische Erkr.: 0 nein 0 ja: _____
- Krebserkrankung: 0 nein 0 ja: _____
- Sonstiges: _____

5. Aktuelle Medikation: (ggf. Kopie Medikamentenplan mitbringen)

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts