



## Aufnahmebogen für neue Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis; um Ihre Krankheitsgeschichte rasch und besser  
zu erfassen, bitten wir Sie, den folgenden Bogen ausgefüllt bei Ihrem Besuch mitzubringen:

NAME: \_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_

geb: \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

### VORERKRANKUNGEN:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit  | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck    | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Gelbsucht      |

ggf. weitere Erkrankungen oder Erläuterungen:

### OPERATIONEN:

- |  |                                       |  |                                  |
|--|---------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> "Blinddarm"     | <input type="checkbox"/> Leistenbruch | <input type="checkbox"/> Gallenoperation | <input type="checkbox"/> Knie-OP |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-OP | <input type="checkbox"/> Mandel-OP    | <input type="checkbox"/> Unterleibs-OP   | <input type="checkbox"/> Hüft-OP |

ggf. weitere Operationen oder Erläuterungen:

### ALLERGIEN:

- |   |  |                                    |                              |
|---|--|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pollen, Gräser | <input type="checkbox"/> Hausstaub       | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Jod |
| <input type="checkbox"/> Penicillin     | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |                                    |                              |

### SONSTIGES:

- |                                       |   |                                       |                                  |
|---------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Größe: _____ | <input type="checkbox"/> Gewicht: _____ | <input type="checkbox"/> Nichtraucher | <input type="checkbox"/> Raucher |
|---------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------------|

**Haben Sie einen Impfausweis? Bringen Sie ihn bitte mit!**

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |                                   |  |   |                                  |
|-----------------------------------|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Arbeitskollegen | <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte | <input type="checkbox"/> Solimed |
|-----------------------------------|--|---|----------------------------------|

Vielen Dank für Ihre Mühe!