



Patientenaufnahmebogen

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten oder Symptomen:

	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen/Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankungen, "Sodbrennen"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkerkrankungen/Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/Bronchitis/Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern/Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenunverträglichkeiten/Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Ihrer Person und Ihren Lebensumständen:

	Ja	Nein
Rauchen Sie oder haben Sie geraucht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten/Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Probleme (Familie, Beruf ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Schmerzen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie regelmäßig Sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Operationen durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmässig Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg		
Sind In Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen (Eltern, Geschwister, Kinder):		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Möchten Sie mehr über persönliche Vorsorgeangebote erfahren ? Ja Nein Möchten Sie nähere Informationen zur Hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztmodell) Ja Nein

Möchten Sie regelmässig von uns an persönliche Vorsorge- und Impftermine erinnert werden ? Ja Nein

Wenn ja : telefonisch: Ja Nein Telefonnummer: _____

per E-Mail: Ja Nein E-Mail Adresse: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

Empfehlung von anderen Internet Anzeige Andere: _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass die Angaben von Ihnen freiwillig gemacht wurden und nur für Ihr behandelndes Praxisteam bestimmt sind. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen das Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemand weitergegeben.

Datum und Unterschrift: