

Patientenaufnahmebogen

Patient(in)

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

1. Liegt zur Zeit eine Schwangerschaft vor oder Stillen Sie?

Schwangerschaft Stillzeit Nein

2. Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? Wenn ja, an welcher?

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

4. Leiden Sie an Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, an welchen?

5. Hausarzt:

6. Um eine reibungslose Weiter- oder Neubehandlung sicher zu gewährleisten, bin ich einverstanden, dass ärztlich relevante Informationen aus meinen Behandlungsunterlagen im Vertretungsfall den betreffenden Ärzten hier im Facharztzentrum zugänglich gemacht werden dürfen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)/Sorgeberechtigte(r)