

Erstaufnahmebogen für PatientInnen

bitte in **BLOCKBUCHSTABEN** ausfüllen

Name Patient/In

Familienname:

Vorname(n):

weiblich männlich divers: _____

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße + Hausnr:

Stiege / Tür Nr.

Telefon: _____

PLZ + Ort: _____

Email*): _____

*) zur ausschließlichen Kommunikation zwischen Arzt und Patient, keine Werbung!

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN:

Name Hausarzt oder Kinderarzt:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Vorerkrankungen (Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Hepatitis, HIV, chronische Krankheiten)?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie Raucher? ja nein ex-Raucher

Konsumieren Sie täglich Alkohol? ja nein

Konsumieren Sie Drogen? ja nein

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Für Frauen:

sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche: _____ SSW

Datum: _____ Patientin/Patient Unterschrift: _____