

## Patienten-Aufnahmebogen .

Name

Vorname

Geb.-Datum

Beruf

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon

Mobil

Mail-Adresse

Gesetzliche Krankenkasse

Privatkasse

Hausarzt

Überweisender Arzt

Befreiung Rezeptgebühren

Ja  Nein

Größe in cm

Gewicht in kg

## Krankengeschichte in Stichworten .

**Welche Beschwerden führen Sie zu uns?**

.....

.....

.....

.....

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

.....

.....

**Welche Vorerkrankungen sind bekannt?**

.....

.....

**Welche Allergien sind bekannt?**

.....

.....

**Besteht bei Ihnen ein Behinderungsgrad / mit einem Merkzeichen?**

.....

**Besteht ein Pflegegrad?**

.....

**Datum**

**Unterschrift Patient\*In**