

Aufnahmebogen

Allgemeine Daten

Name -----
Vorname -----
Geburtsdatum -----
Telefonnummer -----
Größe (in cm) -----
Gewicht (in kg) -----

Sozialanamnese

Ausgeübter Beruf -----
Evtl. Arbeitgeber -----
Rente seit -----
Pflegegrad? Welcher? -----
Allergien -----
Behandelnde Ärzte -----

Operationen
(wann, welche) -----

Rauchen Sie -----
Wenn ja, seit wann -----
Zigaretten/Tag -----
Alkohol/Drogen -----
Wenn ja, wieviel/Tag -----
Welche Drogen -----

Vorerkrankungen

Nerven, Psyche -----
Hypertonie -----
Lunge/Bronchien -----
Nieren -----
Magen/Darm -----
Leber/Galle -----
Diabetes mellitus -----
Bluterkrankungen -----
Rheuma -----
Tumor -----
Infektionen -----

Erkrankungen in der Familie -----

Medikamente -----

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis zum vereinbarten Termin mit, so dass Ihre Impfungen auf Vollständigkeit geprüft werden können!!!

Datum -----

Unterschrift -----