

## Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und korrekt. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

### Persönliche Angaben

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Festnetz/Handy \_\_\_\_\_

### Medizinische Vorgeschichte

Chronische Erkrankungen \_\_\_\_\_

Operationen \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? \_\_\_\_\_

Wann hatten Sie die letzte Vorsorgeuntersuchung? \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie Ihre aktuellen Medikamente an:

Medikament Name/Dosis (mg)	Einnahme morgens	Einnahme mittags	Einnahme abends	Einnahme nachts

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift