

Datum: \_\_\_\_\_

## **Aufnahmebogen für neue Patienten**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir freuen uns, dass Sie sich für eine Behandlung bei uns entschieden haben!

Damit wir Sie von Beginn an möglichst umfassend und individuell betreuen können, benötigen wir neben Ihren persönlichen Angaben auch einige Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, bestehenden oder früheren Erkrankungen, Allergien, regelmäßig eingenommenen Medikamenten sowie – sofern vorhanden – zu relevanten Vorbefunden. Gerne können Sie entsprechende Unterlagen in Kopie mitbringen.

Diese Angaben helfen uns, Ihre medizinische Situation bestmöglich einzuschätzen und Ihre Behandlung sicher und auf Ihre persönlichen Voraussetzungen abgestimmt zu planen.

Selbstverständlich werden sämtliche Angaben vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### **Angaben zur Person**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift privat:** \_\_\_\_\_

**Handynummer:** \_\_\_\_\_

**Ggf. Telefon privat:** \_\_\_\_\_

**E-Mail privat:** \_\_\_\_\_

**Im Notfall benachrichtigen: (Name, Tel.)** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

### **Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- ☐ Auf Empfehlung
- ☐ Internet
- ☐ Sonstiges



## Mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte

**Bisheriger Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Weitere Fachärzte:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Größe und aktuelles Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Bestehen ALLERGIEN/ Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Grund Ihres Besuchs – aktuelle Beschwerden:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fühlen Sie sich aktuell psychisch stark beansprucht (Stress, Burnout)**

- ☐ Nein
- ☐ Ja, mehr beruflich
- ☐ Ja, mehr privat

### **Für Frauen**

Besteht eine Schwangerschaft?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Wechseljahres-Beschwerden? Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Impfschutz:**

Ist ein Impfbuch vorhanden? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Impfung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Operationen:**

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und woran?

☐ Nein

☐ Ja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Erkrankungen, Substanzgebrauch – bitte ankreuzen:**

- ☐ Raucher
- ☐ Alkohol-/Drogenproblematik vorhanden
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Herzerkrankung
- ☐ Lungenerkrankung
- ☐ Magen- Darm-Erkrankung
- ☐ Essstörungen
- ☐ Schnelle Gewichtsveränderung
- ☐ Lebererkrankung
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Stoffwechsel-Erkrankung
- ☐ Chronische Schmerzen
- ☐ Chronische Infekte
- ☐ Diabetes/ Zuckerkrankheit
- ☐ Rheumatische Erkrankung
- ☐ Chronische Müdigkeit
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Unkonzentriertheit
- ☐ Antriebsarmut
- ☐ Libidostörung
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_



**Welche Medikamente nehmen Sie als Dauermedikation ein?**

| Medikamente: | morgens | mittags | abends | zur Nacht |
|--------------|---------|---------|--------|-----------|
|              |         |         |        |           |
|              |         |         |        |           |
|              |         |         |        |           |
|              |         |         |        |           |
|              |         |         |        |           |
|              |         |         |        |           |
|              |         |         |        |           |
|              |         |         |        |           |
|              |         |         |        |           |
|              |         |         |        |           |

**Wir danken Ihnen für die aktive Mithilfe!**