

### 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:**

**Hausarzt oder Kinderarzt:** \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Vorerkrankungen (chronisch, Operationen, etc.)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher?  ja  nein  ex-Raucher

Konsumieren Sie täglich Alkohol?  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: \_\_\_\_\_