

*Dr. med. Peter Strauven*  
*M. Science of Preventive Medicine*  
*Facharzt für Allgemeinmedizin/ F.X. Mayr-Arzt*  
*Ernährungsbeauftragter Arzt*

*Tel. : 0228 / 63 49 40*  
*Fax: 0228 / 65 11 02*  
*www.strauven.de*  
*strauven@t-online.de*

*Römerstr.34*  
*53111 Bonn*

<b>AUFNAHMEBOGEN unserer Praxis</b>
-------------------------------------

Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig und vollständig aus

Name:	Vorname:	geb.:
Straße:	Wohnort:	E-Mail:
Tel. priv.:	Tel. dienstl.:	Beruf:
Versicherung:	Beihilfeberechtigt:	Arbeitgeber:

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

---

Ihre zuletzt gemessenen Werte für **Größe:** **Gewicht:** **Blutdruck:** **Puls:**

- frühere **Operationen:**

- schwere **Verletzungen / Unfälle:**

- **Allergien** (z.B. gegen Medikamente, Haustiere, Heuschnupfen, Asthma)?

- <b>Impfungen</b>	Tetanus (Wundstarrkrampf)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann?
	Polio (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann?
	Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann?
	MMR (Masern/Mumps/Röteln)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann?

**andere** Impfungen (z.B. Grippe, Hepatitis A/B, Zecken):

---

**Haben** oder **hatten** sie eine der folgenden Erkrankungen:

- **Augen** (z.B. grauer oder grüner Star, usw.):

- **Zähne** (Defekte, Zahnfüllmaterialien), Kiefergelenk (Verschleiß, Aufbissschiene):

- **Stoffwechsel** (Schilddrüse, Diabetes, Hormonstörungen usw.):

- **Lunge** (Asthma, Überblähung usw.):

- **Herz** (Herzmuskelschwäche, Herzinfarkt, Bluthochdruck usw.):
- **Leber** (Gelbsucht, Hepatitis, usw.):
- **Magen, Darm** (Geschwüre, Polypen, usw.):
- **Knochen, Gelenke** (Rheuma, Osteoporose, Wirbelsäulenverschleiß, usw.):
- **Unterleibserkrankungen:**
- **Infektionskrankheiten:**
- **andere** Erkrankungen:

Gehen Sie 1 x im Jahr zur **Krebsvorsorge**?  ja  nein

---

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

Wenn ja, geben sie den Namen und wie oft sie es nehmen an:

---

- **Nikotin**  ja  nein

- **Alkohol**  ja  nein

---

Waren Sie in den letzten drei Monaten im **Ausland**?  ja  nein

Wenn ja, wo?

---

Haben Sie Interesse an **alternativen Behandlungsmethoden** (z.B. Akupunktur, Homöopathie usw.)?

ja  nein

---

**Einverständniserklärung für E-Mail Korrespondenz** mit dem Arzt oder Praxisteam mit **Laborwerten/Ergebnissen/ Anfragen/Rezepten** etc.

ja  nein

---

**Wir bitten Sie folgendes zur Kenntnis zu nehmen:**

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens **24 Stunden** vorher absagen müssen. Patienten ohne Termine müssen mit Wartezeiten rechnen. Ebenso kann es zu Wartezeiten kommen, wenn eine Notfallbehandlung erforderlich ist.

**Mit meiner Unterschrift erkenne ich die oben aufgeführte Regelung an.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Mit Ihrer Information tragen Sie zur optimalen Behandlung bei.  
Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam. Vielen Dank!**