

Dr. med. Eva Henneken

Römerstr.34
53111 Bonn

Tel. : 0228 / 63 49 40

Fax: 0228 / 65 11 02

www.privatpraxis-bonn.de.de
eva.henneken@web.de

AUFNAHMEBOGEN unserer Praxis

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)?

- Impfungen	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!**