



AUFNAHMEBOGEN unserer Praxis

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig und vollständig aus.

Wie dürfen wir Sie ansprechen? Frau Herr Neutrale Anrede Keine Angabe

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____

Wohnort: _____ PLZ: _____

E-Mail: _____

Tel. priv.: _____ Tel. dienstl.: _____

Beruf: _____

Versicherung: _____ Beihilfeberechtigt

Arbeitgeber: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet: _____ Empfehlung _____ Sonstiges _____

Ihre zuletzt gemessenen Werte für

Größe _____ Gewicht _____ Blutdruck _____

Schwere Verletzungen / Unfälle:

Allergien (z.B. gegen Medikamenten, Haustiere, Heuschnupfen, Asthma ...)

Impfungen Tetanus (Wundstarrkrampf)

Polio (Kinderlähmung)

Diphtherie Ja Nein

MMR (Masern / Mumps / Röteln) Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

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, Zahnfüllmaterial).....
- Kiefergelenk (Verschleiß, Aufbissschiene):.....
- Stoffwechsel (Schilddrüse, Diabetes, Hormonstörungen usw.):.....
- Lunge (Asthma, Überblähung, usw.):.....
- Herz (Herzmuskelschwäche, Herzinfarkt, Bluthochdruck, usw.):.....
- Magen, Darm (Geschwüre, Polypen, usw.):.....
- Knochen, Gelenke (Rheuma, Osteoporose, Wirbelsäulenverschleiß):.....
- Unterleibserkrankungen:.....
- Infektionskrankheiten:.....
- andere Erkrankungen:.....

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

Ja

Nein

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

Ja

Nein

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

.....

.....

- **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 der Ärztin oder dem 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. **Die Ausfallgebühr bei Nichterescheinen oder zu spät abgesagten Terminen beträgt 80,-.**

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!