

Musterbogen für Patientenaufnahme

Patientenaufnahme, Aufnahmedatum _____

Krankenkasse: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ (Darf zur Terminbestätigung verwendet werden!)

Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche:

Haben Sie irgendwelche Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche: (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, bestimmte Nahrungsmittel, Kosmetika, Modeschmuck)

Sind oder waren Sie in einer psychologischen/neurologischen Behandlung? ja nein

Sind Sie Bluter(in)?: ja nein

Bisherige Operationen: Jahr: Operation:

 Jahr: Operation:

 Jahr: Operation:

Herzschrittmacher? ja nein

Blutgruppe (soweit bekannt):