



Ordination Dr. Stefanie Heissenberger

AUFNAHMEBLATT

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Gerne kann ich Ihnen als Ihre Hausärztin in Gesundheits- und Krankheitsfragen weiterhelfen
Um uns bei der Aufnahme Ihrer Daten zu unterstützen bitten wir Sie folgende Daten anzugeben.

Name:	VersicherungsNr.:		
Krankenkasse:	Geburtsdatum:		
Telefon:	Männlich <input type="checkbox"/>	Weiblich <input type="checkbox"/>	
Adresse:			
Dienstgeber:			
Hauptversicherter (falls mitversichert):			
Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?			
Blutzucker, Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung, z.B. Herzinfarkt, Schrittmacher, Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung, z.B. Asthma, COPD	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung, z.B. Zirrhose	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>
Infektion, z.B. HIV, Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			
Haben Sie Allergien?			
Gegen Medikamente nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche?			
Andere Allergien:			
Hatten Sie bereits Operationen			
welche/wann?			
	Medikament (z.B. Ibuprofen)	Dosierung (z.B. 400 mg)	Verteilung über Tag (z.B. 1-0-1)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
Sie können auch Ausschnitte aus den Medikamentenschachteln von zu Hause mitnehmen.			