



Patientenaufnahme

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in meiner Praxis! Im Interesse einer für Sie optimalen, qualitativ hochwertigen Behandlung bitten wir um folgende Angaben, vielen Dank.

Name:	Vorname:
--------------	-----------------

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Herz Kreislauferkrankungen wie Bluthochdruck, Koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, Stechende Brustschmerzen bei Belastung, Diabetes, Schilddrüsen-, Nieren- oder Lungenerkrankungen (Asthma, COPD), Schlafapnoesyndrom (OSAS), grüner Star (Glaukom) oder leiden Sie an chron. Erkrankungen (z.B. Epilepsie, psychiatrische Erkrankungen)? Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit (Hepatitis, Aids, Tbc, ...)

Nehmen sie Medikamente?

z.B. für Diabetes, wie Siofor, Metformin, Glibenclamid, Insulin oder Schmerztabletten u.a. Medikamente. wie ASS, Aspirin, Aspisol, Godamed, Plavix, Clopidogrel, Iscover, Thomapyrin, Marcumar,...

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Bekommen Sie leichter blaue Flecken, bluten Sie länger oder sind Blutgerinnungsstörungen bei Ihnen oder in der Familie bekannt?

Gab es bei vorherigen Operationen oder kleinen Verletzungen Probleme mit länger anhaltenden Blutungen oder Nachblutungen?

Sind Sie schon einmal operiert worden (Mandelentfernung, Herz, Lungen Unterleib oder Darm OP's)?

--

Hatten Sie Verletzungen oder Brüche der Nase oder des Schädels?

Haben Sie Metallteile im Körper (nach Brüchen, Herzschrittmacher, Granatsplitter etc.)?

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Pflaster, Latex, Medikamente, Antibiotika, Nahrungsmittel, örtliche Betäubungsmittel? Wann war ihr letzter Allergietest _____

Leiden Sie unterhäufigem Niesreiz, Fließschnupfen, Augenjuckreiz oder unter Atemnot?

Haben sie lockere Zähne oder Zahnersatz (Brücken, Prothesen, Implantate,...)?

Frauen im gebärfähigem Alter: Könnten Sie schwanger sein?

Ich danke Ihnen, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Fragen zu beantworten. Das Praxisteam wünscht Ihnen bei Ihrer Genesung eine gute Besserung!

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben. Ich werde den Arzt selbständig über eingetretene Änderungen vorab einer Behandlung informieren.

Datum

Unterschrift