

Patienten Aufnahmebogen Pat. Nr: _____

(vom Personal auszufüllen)

Liebe Patienten,

damit wir Sie von Anfang an optimal betreuen und beraten können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte geben Sie uns Ihre Personalien an sowie Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand bzw. den Ihres Kindes.

Dies ist Voraussetzung für eine risikofreie und erfolgreiche Behandlung.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus. (Vielen Dank)

Nachname: _____ Vorname: _____ Geb: _____

Adresse (bitte vollständige Adresse angeben):

Email: _____ Festnetz/Mobil: _____

Krankenkasse/Privat:

Größe: _____ Gewicht: _____

Rauchen Sie? Nein () Ja () Wie viele Zigaretten am Tag? _____

Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja welche Menge pro Tag? _____

Haben Sie Vorerkrankungen (Herzerkrankungen, Asthma COPD, Diabetes oder andere Erkrankungen) ?

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Wenn ja , welche? (falls Sie einen **Medikamentenplan** haben, gerne angeben).

Bisheriger Hausarzt (Name /Anschrift) :

Sollen wir Ihre Krankenakte bei Ihrem vorherigen Arzt anfordern? Ja () Nein ()

Haben Sie Besonderheiten/ Allergien?

Sind Sie schon mal operiert worden ? Wenn ja welche Operation?

Hatten Sie bereits eine Magen- Darmspiegelung? Ja () Nein ()

Hatten Sie in den letzten 3. Jahren eine Gesundheitsvorsorge ? Check up 35 ? Ja () Nein

()

Sorgenberechtigte bei Minderjährigen :

Patientenerklärung zur Weitergabe und Einhaltung von medizinischen Befunden.

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Übersendung der Befundberichte an überweisende Ärzte bzw. Fachärzte und weiterbehandelnde Kollegen einverstanden bin. Darüber hinaus erkläre ich mein Einverständnis zur Anforderung notwendiger Vorbefunde.

Gifhorn _____ (Datum) _____ (Unterschrift)