



# Ihre Praxis Holsterhausen

Dr. Krippner und Kollegen

## Aufnahmebogen

**Name:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,  
wir begrüßen Sie in unserer Praxis. Um Sie optimal beraten und behandeln zu können, benötigen wir ein paar Angaben von Ihnen. Es wäre schön, wenn Sie die folgenden Fragen beantworten könnten:

- Ist bei Ihnen eine Epilepsie bekannt? Nein  Ja
- Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bekannt? Nein  Ja
- Ist bei Ihnen eine Lungenerkrankung bekannt? Nein  Ja
- Ist bei Ihnen eine Erkrankung des Magen-Darm-Traktes bekannt? Nein  Ja
- Ist bei Ihnen eine Zuckererkrankung bekannt? Wenn ja, seit wann? Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_
- Ist bei Ihnen ein erhöhter Cholesterinspiegel bekannt? Nein  Ja
- Ist bei Ihnen ein hoher Blutdruck bekannt? Nein  Ja
- Rauchen Sie? Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_
- Wenn Sie früher geraucht haben, bis wann haben Sie geraucht? \_\_\_\_\_
- Haben Sie Allergien (v.a. gegen Medikamente)? Nein  Ja: \_\_\_\_\_
- Sind Sie schon einmal operiert worden? Nein
- Ja:  Galle  Blinddarm  Mandeln  Magen/Darm  Gefäße  
 Gelenke  Andere Operationen: \_\_\_\_\_
- Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) Herzerkrankungen bekannt? Nein  Ja
- Ist in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) Darmkrebs bekannt? Nein  Ja
- Haben oder hatten Sie psychische Erkrankungen wie z.B. Depressionen? Nein  Ja
- Haben Sie noch andere, bisher nicht erwähnte Erkrankungen? Nein  Ja
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein

Medikament	früh	mittags	abends	zur Nacht

Können wir Vorberichte und Unterlagen von Ihnen bei einem anderen Arzt anfordern? Nein

Ja, bei: \_\_\_\_\_