

## Erfassungsbogen Neu - Patient

Vor- / Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_  
dienstlich: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Krankenvers. und Nr.: \_\_\_\_\_  
Körpergröße (cm): \_\_\_\_\_  
Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_  
Sind Sie schwanger?  Ja /  Nein

A) Haben Sie Allergien, Medikamentenallergien? (z.B. Hühnereiweiß, Penicillin, Jod, Heuschnupfen)

B) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (bitte mit Angabe der Stärke u Dosierung)

C) Welche Risikofaktoren sind bei Ihnen bekannt? (bitte ankreuzen oder ergänzen)

<input type="checkbox"/> Rauchen		Andere Risiken? (z.B. erhöhter Blutzucker, erhöhtes Cholesterin)
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck		
<input type="checkbox"/> Alkohol		
<input type="checkbox"/> Übergewicht		

D) Sind in Ihrer Familie Erkrankungen bekannt?

E) Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja wann? (z.B. `85 Blinddarm)

F) Wurde Ihr Impfschutz in den letzten 10 Jahren überprüft?  Ja /  Nein  
(Sie können uns gerne den Impfausweis überlassen, dann überprüfen wir Ihren Impfschutz für Sie)