

Patientenaufnahme

Aufnahmedatum

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Krankenkasse	_____
Straße/ Hausnr. _____			
PLZ/ Ort	_____	E-Mail	_____
Tel.	_____	Tel. 2	_____
<i>(Terminbestätigung)</i>			

Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche **Medikamente** ein? Ja Nein

Wenn ja, welche:

Haben Sie irgendwelche **Allergien** oder Unverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche: *(z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Nahrungsmittel, Kosmetika, Tiere, ...)*

Sind oder waren Sie in einer psychologischen/neurologischen Behandlung? Ja Nein

Sind Sie Bluter? Ja Nein

Blutgruppe: _____ *(falls bekannt)*

Bisherige Operationen/ medizinische Eingriffe? Ja Nein

Jahr: Welches Organ/ welcher Zweck?

Jahr: Welches Organ/ welcher Zweck?

Jahr: Welches Organ/ welcher Zweck?

Herzschrittmacher? Ja Nein