

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