

Patientenaufnahmebogen

Patientendaten

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer (Mobil): _____

Telefonnummer (Festnetz): _____

E-Mail-Adresse: _____

Notfallkontakt

Name des Notfallkontaktes: _____

Verwandtschaft: _____

Telefonnummer: _____

1. Versicherungsdaten

Versicherung: ☐ Gesetzlich ☐ Privat

Versicherungsnummer: _____

Versicherungsanbieter: _____

2. Vorgeschichte und Gesundheitsinformationen

Aktuelle Erkrankungen / Beschwerden:

Frühere Erkrankungen / Operationen (mit Datum):

Medikamenteneinnahme (Bitte aktuelle Medikamente angeben):

Allergien (z.B. Medikamente, Nahrungsmittel):

Familiengeschichte (z.B. chronische Krankheiten, Krebs):

Rauchen: ☐ Ja ☐ Nein – Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Alkoholkonsum: ☐ Ja ☐ Nein – Falls ja, wie viel und wie oft? _____

3. Fragen zu Lebensstil und Verhalten

Ernährungsgewohnheiten:

☐ Vegetarisch ☐ Vegan ☐ Mischkost ☐ Andere: _____

Bewegung / Sport:

☐ Täglich ☐ Mehrmals pro Woche ☐ Selten ☐ Nie

Schlafgewohnheiten:

☐ 7-8 Stunden ☐ Mehr als 8 Stunden ☐ Weniger als 7 Stunden

4. Aktuelle Behandlung / Arztbesuche

Hausarzt:

Name: _____

Telefon: _____

Spezialisten / Facharzt:

Name und Fachrichtung: _____

5. Unterschrift und Einverständnis

Ich bestätige, dass die angegebenen Informationen korrekt sind und dass ich mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß der Datenschutzrichtlinie einverstanden bin. Ich stimme zu, dass meine Gesundheitsdaten für medizinische Zwecke verarbeitet und gespeichert werden.

Unterschrift des Patienten: _____

Ort/Datum: _____