



Praxis für Allgemeinmedizin
Schlesier Str. 46
64839 Münster, Hessen

Mail: anmeldung@praxis-taraki.de
Fax: 06071 9597671

Patienten-Aufnahmebogen

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum | Geburtsort |
| Adresse | |
| Krankenversicherung | Beruf |
| Ehemaliger Hausarzt? | Grund für H.- wechsel? |
| Gewicht (kg) | Größe (cm) |
| Bestehende Erkrankungen (bspw. Diabetes Typ II, Bluthochdruck, Migräne) | |
| Vor-Operationen (Jahr und OP) | |
| Medikation (oder Medikationsplan beifügen) | Allergien (bspw. gegen Medikamente, Kontrastmittel) |
| Rauchen Sie? (Packungen täglich und seit wie vielen Jahren) | Alkoholkonsum? (bspw. 1 Glas Rotwein pro Woche) |
| Weitere Informationen? (bspw. Pflegegrad) | |
| Handy-Nr.* | Festnetz-Nr.* |
| E-Mail-Adresse* | |
| Telefonnummer von Bekanntem** | |

* wichtige Angaben (important information)

** in Notfällen und Nicht-Erreichbarkeit (in case of emergency and no availability)

Ort, Datum und Unterschrift