

# Patientenaufnahme

Lieber Patient,  
wir bitten Sie diesen Zettel vollständig auszufüllen und dann wieder an der  
Anmeldung abzugeben!

**1.) Vor- und Nachname:** \_\_\_\_\_

**2.) Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm

**3.) Körpergewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**4.) Ihre Telefonnummer:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**5.) Risikofaktoren: (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

Bluthochdruck  Ja  Nein

Diabetes mellitus  Ja  Nein

Blutfette  Ja  Nein

Alkohol Wenn ja, was und wie viel am Tag?

\_\_\_\_\_

Drogen Wenn ja, welche Substanz und wie viel?

**6.) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

**Wenn ja, welche und wie oft?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7.) Vorerkrankungen? (z.B. Schlaganfall, Infektionskrankheiten, OP's)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8.) Möchten Sie dass ihr Hausarzt einen Befundbericht erhält?**

**Ja** **Name:** \_\_\_\_\_

**Nein** **Ort:** \_\_\_\_\_

**9.) Möchten Sie dass der Überweiser einen Befundbericht erhält?**

**Ja** **Name:** \_\_\_\_\_

**Nein** **Ort:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift / Datum:** \_\_\_\_\_

Vielen Dank!