

ERSTAUFNAHME ERWACHSENE

NAME: _____ Titel: _____
 Krankenkasse/SVNR/Geb. Datum: _____ Dienstgeber: _____
 Straße: _____ PLZ/Ort: _____
 Tel. Nr. (mobil): _____ Emailadresse: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Risikofaktoren: Rauchen Nein [] Ja [] - Menge/Tag: _____
 Alkoholkonsum: überhaupt keinen [] selten [] regelmäßig [] täglich []
 Wenn ja, Menge und Art: _____

Haben sie **Allergien, Unverträglichkeiten** (zB. Medikamente, Nahrungsmittel, etc.):

Nein [] Ja [] – welche, welche Erscheinungen sind aufgetreten:

Müssen sie regelmäßig **Medikamente (auch rezeptfreie, Pille, etc.) einnehmen?**

Nein [] Ja [] – welche (bitte genaue Bezeichnung, Dosis, Einnahmeschema):

NAME incl. Stärke	morgens	mittags	abends	nachts

Bitte Rückseite beachten!

Bestehen bei Ihnen **chronische Erkrankungen** (zB. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, etc.)?

Nein [] Ja [] – welche:

Wurden sie schon einmal in einem **Krankenhaus behandelt bzw. operiert?**

Nein [] Ja [] – wann, weshalb:

Ihr derzeit behandelnder **Hausarzt:**

Bitte bringen sie allfällig vorhandene Befunde in die Ordination mit, damit wir sie in unser EDV-System übernehmen können.

Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Vorsorgeuntersuchung** durchgeführt:

Nein [] Ja [] – wann, wurden auffällige Befunde entdeckt?

Sonstiges/Bemerkungen:

Datum/Unterschrift: _____