

**Aufnahmebogen Neupatienten**

**Persönliche Daten:**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail (falls gewünscht zur Bestätigung von Terminen):

**Beruf:**

- Arbeit in Vollzeit       Arbeit in Teilzeit       Selbstständig  
 Arbeit im Schichtdienst       Rentner       In Ausbildung

**Wie wohnen Sie?**

- Allein  Mit Familie  Betreutes Wohnen  Seniorenheim

**Voriger Hausarzt/Kinderarzt:**

Weitere behandelnde Ärzte:

**Leiden Sie an chronischen Krankheiten?**

Nein  Ja an folgenden:

- **Lungenerkrankung:**  Asthma  COPD  Lungenkrebs  Andere:
- **Hauterkrankung:**  Neurodermitis  Schuppenflechte  Andere:
- **Herz-Kreislauf-Erkrankung:**  Bluthochdruck  Schlaganfall  Herzinfarkt  Herzkloppenfehler  
 HerzkranzgefäßErkrankung (KHK)  Vorhofflimmern  Andere:
- **Neurologische Erkrankung:**  Epilepsie  MS  Parkinson  Demenz  
 Depressionen  Schizophrenie  Andere:
- **Stoffwechselerkrankung:**  Diabetes  Hohes Cholesterin  Schilddrüsenerkrankung
- Gicht  Osteoporose (Knochenschwund)  Andere:
- **Infektionserkrankungen:**  HIV  Syphilis  Andere:
- **Erkrankungen des Bewegungsapparates:**  Arthrose  Andere:
- **Sonstiges:**  Grüner Star  Rheuma  Chronische Hepatitis  
 Krebserkrankungen  Andere:

**PRAXIS DR VON LÖWENSTERN**

Allgemein- u. Funktionelle Medizin

📍 Herdweg 4 - 70771 Leinfelden-Echterdingen

📞 0711 796718 📞 0711 7970308

✉️ empfang@praxis-loewenstein.de

Arbeits- u. Flugmedizin - AME KI. 2

📍 Terminal 1 West - 70629 Stuttgart (Flughafen)

📞 0711 97469223

✉️ amc@amc-stuttgart.info

**Welche schweren Krankheiten/Operationen haben Sie ansonsten durchgemacht?**

**Haben Sie einen Stent?**

Nein  Ja

**Haben Sie ein künstliches Gelenk?**

Nein  Ja

**Sind in Ihrer Familie folgende chronische Erkrankungen bekannt:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus            | <input type="checkbox"/> plötzlicher Herztod                 |
| <input type="checkbox"/> Darmkrebs                    | <input type="checkbox"/> Brustkrebs                          |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose (Knochenschwund) |  |

**Welche Allergien sind bekannt?**

**Bestand einmal ein allergischer Schock?**

Nein  Ja

**Sind Allergien auf Medikamente oder Impfstoffe bekannt?**

Nein  Ja auf:

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

Dosierung angeben! Bitte ggf. Medikationsplan beilegen.

**Wann war Ihre letzte Gesundheitsuntersuchung/Krebsvorsorge?**

**Pflegegrad**       Nein       Grad 1       Grad 2       Grad 3       Grad 4

**Schwerbehinderung**

Nein  Ja, GdB in %:

**Patientenverfügung vorhanden?**

Nein  Ja

**Organspendeausweis vorhanden?**

Nein  Ja

Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann, wie viele Zigaretten? \_\_\_\_\_

Alkoholkonsum:  nie

gelegentlich

täglich; Welche Alkoholika:

Drogenkonsum:  nie

gelegentlich

täglich; Welche Drogen: