

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 ☐ Herzklappenfehler
☐ 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-loewenstern.de

Arbeits- u. Flugmedizin - AME Kl. 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:

PRAXIS DR VON LÖWENSTERN

Allgemein- u. Funktionelle Medizin

📍 Herdweg 4 - 70771 Leinfelden-Echterdingen

☎ 0711 796718 📠 0711 7970308

✉ empfang@praxis-loewenstern.de

Arbeits- u. Flugmedizin - AME Kl. 2

📍 Terminal 1 West - 70629 Stuttgart (Flughafen)

☎ 0711 97469223

✉ amc@amc-stuttgart.info