

## Patientenaufnahmebogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten eines Angehörigen:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. / Sonstige Kontaktdaten \_\_\_\_\_

Grund Ihres Kommens/Wunsch Ihrer Behandlung / Beratung:

\_\_\_\_\_

### Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Arzt                       Hautarzt                       andere Patienten                       Kosmetiker/in
- Telefonbuch                       Anzeige                       Internet                       www.drheitland.com
- Name / Andere: \_\_\_\_\_

### Bitte schicken Sie mir Informationen über Aktionen in Ihrer Praxis und über Neuigkeiten in der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie

- ja, per Email
- ja, per Post
- nein

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



## Versicherungsdaten:

Gesetzlich krankenversichert  Privat krankenversichert   
- private Zusatzversicherung ambulant  Beihilfe   
- private Zusatzversicherung stationär  Selbstzahler

Bei stationärer Behandlung in der Klinik:  
- 1-Bett-Zimmer   
- 2-Bett-Zimmer   
- Mehrbett-Zimmer

Name der (Zusatz-) Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

## Erkrankungen / Krankheitsvorgeschichte:

Chronische Erkrankungen  ja, welche: \_\_\_\_\_  
(z.B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus,  nein  
orthopädische Erkrankungen,  
psychische Erkrankungen)

Ansteckende Erkrankungen  ja, welche: \_\_\_\_\_  
(z.B. Hepatitis, HIV)  nein

Herz-Kreislaferkrankungen  ja, welche: \_\_\_\_\_  
Medikamenteneinnahme  nein  
(alle Medikamente, auch Anti-Baby-Pille)

Allergien:  ja, welche: \_\_\_\_\_  
(z.B. Medikamente)  nein

Haben Sie einen Allergiepass  ja  
 nein

Schwangerschaft:  ja, SSW: \_\_\_\_\_  
 nein

Rauchen Sie oder nehmen andere  ja, welche / wieviel: \_\_\_\_\_  
Genussmittel ein?  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Betreuender Arzt:

Name Arzt: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. / Sonstige Kontaktdaten