Aufnahmebogen für Neupatientinnen

Name	Geburtsdatum
Vorname	Größe + Gewicht
Telefonnummer	Raucher/Nikotin? ❒ ja ❒ nein
E-Mail	Allergien / Unverträglichkeiten?
Beruf	
Letzter Hausarzt	

Vorerkrankungen

Bluthochdruck:	ja □ nein □
Cholesterinerhöhung:	ja □ nein □
Zuckerkrankheit (Diabetes):	ja □ nein □
Herzkrankheit:	ja □ nein □
Asthma:	ja □ nein □
Tumorerkrankung:	ja □ nein □

Andere Erkrankungen?
Größere Operationen?

Aktuelles Anliegen/Beschwerden

Meine Medikamente
(ggf. Medikamentenplan anhängen)

Krankheiten in der Familie?
(Eltern/Geschwister)

Bluthochdruck:	ja □ nein □
Cholesterinerhöhung:	ja □ nein □
Zuckerkrankheit (Diabetes):	ja □ nein □
Herzkrankheit:	ja □ nein □
Asthma:	ja □ nein □
Tumorerkrankung:	ja □ nein □

❒ Ich wünsche eine umfassende hausärztlich koordinierende Versorgung (HZV) bzw. möchte darüber mehr Informationen

❒ Ich bin interessiert an der online-Terminbuchung über doctolib