



Neuaufnahme

Nachname	Titel / Namenszusatz	
Vorname	Geburtsdatum	Körpergewicht / Größe
Geschlecht	Beruf	
Straße	PLZ / Ort	
Telefon	Telefon geschäftlich	
E-Mail	Nächste/r Angehörige/r (mit Tel.)	
Bisheriger Hausarzt	Orthopäde	
Augenarzt	Urologe	
Gynäkologe	Sonstige	

Versicherung	Gesetzlich <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>	Beihilfegerecht <input type="checkbox"/>	Krankenkasse (Name)
--------------	-------------------------------------	---------------------------------	--	---------------------

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Gicht | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Magenerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Gelenk-Rheuma | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | HIV | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Asthma | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hautkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Herzkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Liegen andere Vorerkrankungen bei Ihnen vor? Wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen Allergien gegen Medikamente oder andere Stoffe bekannt? Wenn ja, welche?
