

AUFNAHMEBOGEN



PERSONALIEN

Name: _____ Vorname: _____
Geburtstag: _____ Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____
Letzter Beruf: _____ bei Rent: früherer Beruf: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Hausarzt: _____ Überweisender Arzt: _____
Adresse: _____

WOHER KENNEN SIE UNS? Hausarzt Bekannte / Freunde Internet andere

ZUSATZVERSICHERUNG

Besteht eine Zusatzversicherung für eine stationäre Behandlung? ja nein
Wenn „Ja“, dann: 1-Bett 2-Bett
Chefarztbehandlung? ja nein Versicherung _____

VORERKRANKUNGEN

Diabetes mellitus übertragbare Erkrankungen (z.B. Hepatitis) hoher Blutdruck
 Herz / Kreislauf Gefäßerkrankung (Gehirn, Beine) Osteoporose
 Allergien, welche? _____
 andere Erkrankungen (z. B. Magengeschwür)? _____

MEDIKAMENTE

Metformin Blutverdünnende Mittel (ASS / Marcumar / Plavix)?
 Kortison andere Medikamente: _____

OPERATIONEN

nein ja (was, wann und wo?) _____

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Waren Sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer aktuellen Beschwerden krankgeschrieben?
 nein ja, seit wann? _____
Krankengeld bezogen? ja nein

BISHERIGE THERAPIE

Welche Therapieformen (Schmerztherapie / Krankengymnastik / stationäre Behandlung) haben Sie bisher wegen der aktuellen Beschwerden durchgeführt?

THERAPIEFORM?

WO SIND IHRE SCHMERZEN?

