



Patientenauskunft - Aufnahmedaten

Name, Vorname _____

Haben Sie Allergien / Medikamenten Unverträglichkeit?

Ja _____

Nein

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus Herzkrankheit Lungenkrankheit Bluthochdruck

Rheuma Krebserkrankung Immunschwäche Magen-/Darmkrankheit

Haben Sie eine sonstige Erkrankung, die uns nicht bekannt ist (z.B. Epilepsie)?

Ja _____

Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn Ja welche?

Ja _____ Dosierung: _____

_____ Dosierung: _____

_____ Dosierung: _____

_____ Dosierung: _____

Nein, ich nehme keine regelmäßigen Medikamente ein.

Sind Sie berufstätig Beruf / Arbeitgeber:

_____ arbeitssuchend Schüler / Student Hausfrau Rentner

Zur Überprüfung und Vervollständigung bitten wir um die Angabe Ihrer Festnetz- /Handynummer:

Festnetz _____ Handynummer _____

Notfallkontaktdaten Im Notfall bitte folgende Person benachrichtigen

Name, Vorname _____

Adresse _____

Festnetz- / Handynummer _____

Größe / Gewicht _____ Datum / Unterschrift _____