

## Neu-Erfassungsbogen Schmerztherapie

Wir freuen uns, dass Sie sich bei uns beraten und untersuchen lassen wollen. Damit wir die wichtigsten Dinge aufnehmen können, bitten wir Sie Nachfolgendes sorgsam und vollständig auszufüllen:

Vor- / Nachname:

Geburtsdatum:

Fam.-stand:

Adresse (Wohnort, PLZ u Strasse):

Krankenkasse (bitte bei Privatversicherung auch Versicherungsnummer):

Telefon

privat:

dienstl:

Handy:

eMail-Adresse (bei wichtigen Befunden o. Newsletter):

Beruf:

Körpergröße (cm):

Körpergewicht (kg):

Bei Frauen: Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

A) Haben Sie Allergien, Medikamentenallergien? (z.B. Hühnereiweiß, Penicillin, Jod, Heuschnupfen)

B) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (bitte mit Angabe der Stärke u wann die Einnahme erfolgt)

C) Welche Risikofaktoren sind bei Ihnen bekannt? (bitte ankreuzen oder ergänzen)

Rauchen

Alkohol

Bluthochdruck

Übergewicht

Cholesterin

Andere Risiken (z.B. erhöhter Blutzucker)

D) Sind in Ihrer Familie Erkrankungen ( ZB Herz, Niere, Schlaganfall, Krebs) bekannt?

E) Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja wann? (z.B. `85 Blinddarm)

F) Anmerkungen

G) Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (Familie, Freunde, Internet, Fernsehen, überweisender Arzt etc.)

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

wir freuen uns Sie in unserer Praxis willkommen zu heißen!

Eine hochwertige Versorgung jedes einzelnen Patienten ist uns sehr wichtig. Deswegen sind wir bemüht Ihren Termin pünktlich wahrzunehmen, dennoch kann es durch Notfälle etc. zu Wartezeiten kommen. Wir hoffen auf Ihr Verständnis.

Für weitere Anregungen sind wir Ihnen jederzeit dankbar.

Ihr Praxisteam

---

Datum

---

Unterschrift

