

## Neuaufnahmebogen



### 1. Personalien

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

---

Telefon/Handy

---

Beruf

---

E-Mail

### 2. Versicherung

---

Versicherungsgesellschaft

### 3. Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Suchmaschine         | <input type="checkbox"/> Empfehlung durch andere Ärzte  |
| <input type="checkbox"/> Bekannte / Verwandte | <input type="checkbox"/> Werbung (Zeitschriften, Flyer) |
| <input type="checkbox"/> Andere:              |   |
- 

### 4. Krankheiten/Allergien

Haben Sie Schwierigkeiten mit langem Bluten?

- Nein                       Ja

Haben Sie Allergien?

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Lebensmittel |
| <input type="checkbox"/> keine       | <input type="checkbox"/> Andere:      |
- 

Sind Sie Raucher/-in?

- Nein                       Ja, ich rauche am Tag ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten.

**Bitte wenden!**

# Praxis Galina Hivrenko

Neißestraße 1B, 84036 Landshut-Auloh



Leiden Sie derzeit unter einer Krankheit?

- Nein
  - Ja, welche:
    - Blutkrankheit
    - Niere-, Leber- oder Herzerkrankung
    - Zuckerkrankheit
    - Asthma/Heuschnupfen
    - Bluthochdruck
    - Bluttiefdruck
    - Rheuma
    - Herz- oder Kreislaufstörungen
    - Virus-Erkrankung (Hepatitis, HIV usw.)
    - Andere:
- 

Waren Sie während der letzten Jahre im KH oder in fachärztlicher Behandlung?

- Nein
  - Ja, was/wann:
- 

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

- Nein
- Ja, in der \_\_\_\_\_Woche

Hatten Sie Probleme bei Narkosen/Anästhesien?

- Nein
  - Ja, welche:
- 

Nehmen Sie derzeit Medikamente?

- Nein
  - Ja, welche/Zeitraum:
- 
- 
- 
- 
- 

Ort, Datum

Unterschrift