



Praxis
Karin Schreiber
Sonja Grünastel*
Fachärztinnen für Innere Medizin
Palliativmedizin
Hausärztliche Versorgung

Aufnahmebogen

Patient

Name:

Straße. Nr.:

Vorname:

PLZ, Ort:

Geb:

Telefon:

Geb.-Ort:

Mobil:

Beruf:

E-Mail:

Ansprechpartner im Notfall
mit telfonnummer:

Versicherter/Zahlungspflichtiger (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben)

Name:

Vorname:

Geb:

Beruf:

Arbeitgeber:

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

gesetzliche Krankenkasse

Privatversicherung

Beihilfeberechtigt

Bitte Blatt wenden!

Praxis
Karin Schreiber
Sonja Grünastel*
Fachärztinnen für Innere Medizin
Palliativmedizin
Hausärztliche Versorgung

*Angestellte Ärztin

Grevener Str. 311
48159 Münster
Telefon 0251 - 75 49 34
Telefax 0251 - 97 20 270

Sprechstunde:
Montag – Freitag von 8.00 – 13.00 Uhr
Montag, Dienstag und Donnerstag 15.00 – 18.00 Uhr

Anamnese

Die Angaben Ihres Gesundheitszustandes sind für die ärztliche Behandlung von großer Wichtigkeit. Ihre Informationen werden streng vertraulich behandelt und fallen unter die ärztliche Schweigepflicht.

Bitte ankreuzen Ja Nein

Größe: Gewicht:

Sind Sie Raucher?

Pflegegrad, welche Stufe?

Covid 19 geimpft?

Vorerkrankungen?

Wenn ja, welche?

Operationen?

Wenn ja, welche?

Allgemeine Situation

Ehemaliger Hausarzt

Nehmen Sie regelmäßig Medikament ein?

Wenn ja, welche? / Oder geben Sie uns Ihren Medikamentenplan

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

Wenn ja, welche?



Teilen Sie unserer Praxis bitte auch zukünftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

Bitte ankreuzen Ja Nein

Haben Sie eine Medikamentenallergie oder andere Allergien?

Wenn ja, welche?

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herzerkrankungen?

Wenn ja, welche?

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Blutgerinnungsstörungen

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Schilddrüsenerkrankung

Asthma

Infektionskrankheiten

Hepatitis

TBC

HIV (AIDS)

Sonstige Erkrankungen?

Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, in welcher Woche befinden Sie sich?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meine Angaben.

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)