

PATIENTEN-AUFNAHMEBOGEN

NAME: _____ VORNAME: _____ GEB.-DATUM: _____

TELEFON: _____ MOBILTELEFON: _____

BERUF: _____ KÖRPERGRÖSSE: _____ GEWICHT: _____

LETZTE IMPFUNGEN GEGEN TETANUS/DIPHTERIE/MASERN O.A.:

BEKANNTE ALLERGIEN: _____

MITBEHANDELNDE FACHÄRZTE: _____

WICHTIGE VORERKRANKUNGEN: _____

VOROPERATIONEN: _____

AKTUELLE MEDIKAMENTE:

MEDIKAMENT	MORGENS	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT

PFLEGESTUFE: _____

HABEN SIE EINE PATIENTENVERFÜGUNG, BESTEHEN VOLLMACHTEN
VON WEITEREN PERSONEN: _____

DÜRFEN ANGEHÖRIGE AUSKUNFT ERHALTEN; WENN JA: NAME UND
TELEFONNUMMER _____

DATUM: _____ UNTERSCHRIFT: _____

Datenschutz siehe Infoblatt!

DR.MED. KIRSTEN KLOSE & KOLLEGEN
Kanaltwiete 4
23795 BAD SEGEBERG

