

Versicherter		
Kassen-Nr.	Versicherungs-Nummer	Personennummer
Vertragsarzt-Nr.	Karte gültig bis	Datum

**PRAXIS DR. MED. PETER KLEIN**  
 FACHARZT FÜR INNERE MEDIZIN  
 NATURHEILVERFAHREN/ AKUPUNKTUR  
 CHIROTHERAPIE  
 Tel.: 02241/ 204840

Internet: [www.dr-peter-klein.de](http://www.dr-peter-klein.de)

## Praxis-Aufnahmebogen für neue Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die folgenden Fragen dienen der Klärung ihres Krankheits- und Beschwerdebildes und erleichtern das Aufnahmegespräch. Wir möchten Sie daher um eine möglichst vollständige Beantwortung bitten.

**1) Angaben zur Person**

Größe:

Gewicht:

Beruf:

Nikotin

**2) Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?**

Verwandte/Bekannte

Praxisinfoschild

Gelbe Seiten

andere Ärzte

Internet

sonstiges

**3) Mitbehandelnde Ärzte**

Bisheriger Hausarzt:

Sonstige:

**4) Nur für Frauen**

Schwangerschaft/ Stillzeit

Hormone/ Pille

**5) Haben Sie noch Impfschutz (10 Jahre)?**

Nein (Tetanus/ Diphth./ Polio)

Ja

**6) Hatten Sie Operationen von inneren Organen? Bitte OP-Jahr angeben!**

Nein

**7) Haben Sie chronische Erkrankungen oder Allergien? Dann geben Sie bitte alle an!**

Nein

**8) Welche Medikamente nehmen Sie als Dauermedikation?**

keine

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

**Vielen Dank für Ihre Hilfe!**