

Aufnahmebogen

Name, Vorname der/des Patientin/en	Krankenkasse	geb. am
Name, Vorname der/des Versicherten	Adresse	geb. am
Adresse der/des Patientin/en		
Telefon	Handy	Fax
Arbeitgeber/Dienststelle		
Beruf/ausgeübte Tätigkeit		
Größe:	cm	Gewicht: kg
Möchten Sie an die Krebsvorsorgeuntersuchung erinnert werden:	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Gibt es besondere Vereinbarungen mit Ihrer Krankenkasse ? (z.B. geänderter Gebührensatz)	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>

JETZIGE ERKRANKUNG/BESCHWERDEN

Falls möglich erläutern Sie bitte nachfolgend Ihre jetzigen Beschwerden, den Beginn, den Verlauf, die bisher durchgeführten Behandlungen und Untersuchungen und nennen Sie die verordneten Medikamente.

Welche Diagnose wurde gestellt, wann und durch wen ?

Falls möglich, bitte ich Sie, Arztberichte, Röntgen/CT-Aufnahmen mitzubringen.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Versicherten
(für die Richtigkeit der Angaben)