FACHKLINIK ST. LUKAS

Ärztlicher Aufnahmefragebogen

Bitte füllen Sie den Aufnahmefragebogen sorgfältig und vollständig aus, vielen Dank.

1. Angaben zur Person:

Name, Vorname:_____

Telefon: _____Handy:_____

Angehörige Name:_____

Angehörige Adresse: _____

Angehörige Telefon/Handy:_____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass angegebene*r Angehörige*r im Notfall informiert werden darf!

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient*in

Hausarzt/-ärztin: _____

Adresse:_____

Telefonnummer:_____

2. Krankheiten und bisherige Krankenhausaufenthalte:

-Kinderkrankheiten: Masern❑ Scharlach❑ Diphtherie❑ Keuchhusten❑ Röteln❑ Windpocken❑ Mumps❑

-Herzerkrankungen/Bluthochdruck:_____seit wann:_____

-Diabetes mellitus: nein/ ja seit:_____ ❑ Diät ❑ Tabletten ❑ Insulin seit:_____

-Stoffwechselerkrankungen (z. B. Gicht, Fettstoffwechsel):_____

-Sonstige Krankheiten (z. B. Tbc, Infektionskrankheiten, Hepatitis):_____

-Operationen/Jahr: _____

-Unfälle/Verletzung: _____

-psychosomatischer Krankheitsverlauf. _____

_____

Letzter stationärer Aufenthalt._____

3. Vegetative Anamnese:

Appetit: ❑ gut ❑ mäßig ❑ schlecht

Durst: ❑ vermehrt ❑ normal

Speisenunverträglichkeit: ❑ nein ❑ ja_____

Stuhlgang: ❑ regelmäßig ❑ träge ❑ Durchfälle

FACHKLINIK ST. LUKAS

Ärztlicher Aufnahmefragebogen

Gewichtsverhalten: ❑ konstant ❑ Zunahme ___kg ❑ Abnahme ___kg in _____Monaten

Blasenentleerung: ❑ normal ❑ gestört ❑ nächtliches Wasserlassen –wie oft? ___

Inkontinenz: ❑ nein ❑ ja

Husten: ❑ nein ❑ ja

Fieber: ❑ nein ❑ ja

Schlaf: ❑ gut ❑ Einschlafstörung ❑ Durchschlafstörung

Alkohol: ❑ nie ❑ selten ❑ gelegentlich ❑ täglich Menge/Art: _____

Nikotin: ❑ nein ❑ ja Menge tägl. _____

Drogen: ❑ nein ❑ ja Menge/Art: _____

Mangelnde Bewegung: ❑ nein ❑ ja **Freizeitsport:** ❑ nein ❑ ja_____

Stress: ❑ nein ❑ ja **Extremsport:** ❑ nein ❑ ja_____

Allergien: ❑ nein ❑ ja wichtig: Eine Kopie des Allergiepass beifügen, danke!
Wenn ja, welche _____

Infektionskrankheiten: ❑ nein ❑ ja _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Name/ Tabletten/ Tropfen	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf

Ärztlicher Aufnahmefragebogen

Vorbefunde:
Aktuelle Röntgenaufnahmen/ CT/ MRT (wann/was?):

_____
_____

Andere Befunde:

_____
_____
_____
_____

4. Welche Symptome haben Sie, die Sie zum Aufenthalt in unserer Klinik veranlassen?

_____
_____
_____
_____

5. Welche Therapieziele haben Sie für Ihren Aufenthalt in der Klinik?

_____
_____
_____
_____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient*in

Bitte füllen Sie die Felder in gut leserlicher Schrift aus und senden Sie den Aufnahmefragebogen an uns zurück.

Herzlichen Dank!

Ihr Fachklinik St. Lukas Team

*In unserer Fachklinik wird alles getan, um Ihre Patientendaten zu schützen. Ihre Daten werden zweckgebunden für Ihren Aufenthalt verarbeitet und gespeichert. Nach Ablauf der gesetzlichen Frist von 10 Jahren werden die Daten ordnungsgemäß vernichtet. Eine unbefugte Nutzung durch Dritte ist nicht möglich.