



ERSTAUFNahme ERWACHSENE

Titel:

Name:

Geb.Datum:

SVNR:

Krankenkasse:

Straße:

Ort:

Tel.Nr.:

Email:

Größe:

Gewicht:

Risikofaktoren:

Rauchen: nein ja

wenn ja, Menge/Tag:

Alkohol: keinen selten regelmäßig täglich

wenn ja, Menge und Art:

Allergien und Unverträglichkeiten (zB Medikamente, Nahrungsmittel, ...)

nein ja - wenn ja, welche und was für Erscheinungen sind aufgetreten:

Müssen Sie regelmäßig **Medikamente** (auch rezeptfreie, Pille, ...) einnehmen?

nein ja - wenn ja, welche (genaue Bezeichnung, Dosis, Einnahmeschema)

Medikament inkl. Stärke	morgens	mittags	abends	nachts

Bitte Rückseite beachten!

DR. MARTINA HÖRTENHUBER
Ordination für Allgemeinmedizin



Bestehen bei Ihnen **chronische Krankheiten** (zB Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, ...)?

nein ja - welche:

Wurden Sie schon einmal in einem **Krankenhaus behandelt oder operiert**?

nein ja - wann und weshalb:

Ihr dzt. behandelnder **Hausarzt**:

Bitte bringen Sie allfällig vorhandene Befunde in die Ordination mit, damit wir sie in unser EDV-System übernehmen können.

Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Vorsorgeuntersuchung** durchgeführt?

nein ja - wann und wurden auffällige Befunde entdeckt?

Sonstiges / Bemerkungen:

Datum / Unterschrift

DR. MARTINA HÖRTENHUBER
Ordination für Allgemeinmedizin



Weiß-Kreuz-Straße 76
4541 Adlwang
Tel: +43 7258 29633
ordination@dr-hoertenhuber.at
www.dr-hoertenhuber.at