

## AUFNAHMEBOGEN

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail:

Beruf:

Krankenkasse:

Pflegegrad:

Schwerbehindertenausweis: Ja  Nein

Angehörige/Betreuer:

Telefonnummer:

Anschrift:

Ärzte die häufig aufgesucht werden:

### Erkrankungen:

Herzerkrankungen/Bypass:	<input type="radio"/>	Schilddrüsen:	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	Psyche/Depressionen:	<input type="radio"/>
Blutgefäße/Blutdruck:	<input type="radio"/>	Blutgerinnsel/Thrombose:	<input type="radio"/>
Schlaganfall:	<input type="radio"/>	Rheuma/Gicht/Arthritis:	<input type="radio"/>
Krebs:	<input type="radio"/>	Niere:	<input type="radio"/>
Leber:	<input type="radio"/>	Lunge:	<input type="radio"/>

