

## 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"/>

Allergien/Unverträglichkeiten:

Medikamente die Sie regelmäßig einnehmen:

Raucher: Wenn  Ja  
 Nein

Wie viele Zigaretten pro Tag:

---

**Fragen zum Schluss:**

„Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?“

„Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

"Benötigen Sie deswegen Hilfe"

---

Ich erkläre mich bereit einverstanden Änderungen meines Gesundheitszustandes, sowie Anschrift oder ein Versicherungswechsel umgehend mitzuteilen.

Durch die Behandlungen kann das Reaktionsvermögen herabgesetzt werden.

Datum:

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_