



Allgemeinmedizin
Dr. Christoph Hofer

Eferdinger Bundesstr. 4, 4072 Alkoven
Tel. 07274 21800, ordination@am-humanum.at
www.am-humanum.at

ERSTAUFNAHME ERWACHSENE

NAME:

Titel:

Krankenkasse/SVNR/Geb. Datum:

Dienstgeber:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel. Nr. (mobil):

E-Mail:

Größe:

Gewicht:

Risikofaktoren:

Rauchen Nein Ja Menge/Tag:

Alkoholkonsum: überhaupt keinen selten regelmäßig täglich

Wenn ja, Menge und Art:

Haben Sie **Allergien, Unverträglichkeiten** (z.B. Medikamente, Nahrungsmittel, etc.):

Nein Ja – welche, welche Erscheinungen sind aufgetreten:

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

Nein Ja – welche (bitte genaue Bezeichnung, Dosis, Einnahmeschema):

Name Medikament inkl. Stärke	morgens	mittags	abends	nachts

Bitte Rückseite beachten!



Allgemeinmedizin
Dr. Christoph Hofer

Eferdinger Bundesstr. 4, 4072 Alkoven
Tel. 07274 21800, ordination@am-humanum.at
www.am-humanum.at

Bestehen bei Ihnen **chronische Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, etc.)?

Nein Ja – welche:

Wurden Sie schon einmal in einem **Krankenhaus behandelt bzw. operiert?**

Nein Ja – wann, weshalb:

Ihr derzeit 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, wurden auffällige Befunde entdeckt?

Sonstiges/Bemerkungen:

Datum/Unterschrift: _____