



Aufnahmebogen

Vorname: _____ Name: _____

Geb.: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Ihre regelmäßigen Medikamente sind?

Weswegen wurden Sie bereits operiert?

Meine Vorerkrankungen sind

Können Sie aufgrund Ihrer Beschwerden nachts schlafen? JA Nein

Meine Beschwerden sind

