

Sehr geehrte(r) Patientin/Patient!

Um Sie besser kennen zu lernen, benötigen wir die unten aufgeführten Informationen. Diese Angaben ermöglichen uns eine bessere medizinische Betreuung in Ihrem eigenen Interesse. Selbstverständlich unterliegen ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit u. beantworten die Fragen möglichst vollständig.

Name: _____

Berufl. Tätigkeit: _____

Vorname: _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Telefonnummer: _____

Wenn ja: ___ Zig.am Tag seit ___ Jahren

Mobiltelefonr.: _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Geburtsdatum: _____

tägl. /wöchentl. _____ (Menge)

Patientenverfügung: Ja Nein

Pflegestufe? _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Ja _____% Buchstabe: _____ Nein

Welche Krankheiten wurden festgestellt oder Organe waren erkrankt? (bitte ankreuzen)

- Bluthochdruck Herzinfarkt Magen/Speiseröhre Diabetes Schlaganfall
 Verschleißerkrankungen: Schulter re/li Hals-/ Brust-/ Lendenwirbelsäule
 Knie re / li ; Osteoporose Gicht Rheuma Schilddrüse Blutarmut
 Krebserkrankungen: welche: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Wurden sie schon mal operiert, wenn ja woran? (ggf. ankreuzen)

- Blinddarm Mandeln Krampfadern Gallenblase grüner/grauer Star
 Leistenbruch rechts / links Prostata Gebärmutter Bypass-OP
 Stent in Herzkranzarterien Stent an anderer Stelle: _____
 künstliches Gelenk: welches: _____

Sonstige: _____

Regelm. eingen. Medikamente - auch Inhalationsmedik., Pflaster oder v. anderen Ärzten

Medikament	Dosis (z.B. 100 mg)	Einnahme z.B. 3xtgl. 1 Tbl.

Gibt es Unverträglichkeiten von Medikamenten, welche? (z.B. Penicillinallergie)

Gibt es sonstige Allergien? (z.B. Pollen, Tierhaare, Hausstaub, Pflaster, Bienengift):

Sind seelische Krankheiten bekannt? (z.B. Depression, Angst- oder Suchterkrankungen)

Sind bei nahen Verwandten Erkrankungen aufgetreten: (z. B, Diabetes, Bluthochdruck, Epilepsie, Nervenkrankh., Depression, Tuberkulose, Krebserkrankungen, Suchtkrankheiten)?

Vielen Dank!