



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Um Sie bestmöglich behandeln zu können, benötigen wir -neben Ihren Personalien- auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, Vorerkrankungen, Allergien und Medikamente. Selbstverständlich unterliegen all Ihre Angaben der ärztl. Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____

Hausarzt: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Gewichtsveränderungen? +/- _____

Welche chronischen Erkrankungen bestehen bei Ihnen?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte |
| <input type="checkbox"/> Alkohol-/ Drogenproblematik | <input type="checkbox"/> Nikotingenuss | <input type="checkbox"/> Blutverdünnereinnahme |

Herzerkrankung (welche?) _____

Lungenerkrankung (welche?) _____

Magen-Darm-Erkrankung (welche?) _____

Nieren-Erkrankung (welche?) _____

Leber-Erkrankung (welche?) _____

Schilddrüsenerkrankung (welche?) _____

Infektionskrankheiten (Hepatitis/ HIV) _____

Rheumatische Erkrankung (welche?) _____

Zahnprobleme (wenn ja, welche?) _____

Chronische Schmerzen? (Muskel/Skelett) _____

Sonstige? _____



Operationen (welche?) _____

Bestehen Allergien/ Unverträglichkeiten?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Pflegegrad oder einen Schwerbehindertenausweis?

Wenn ja, welche Einstufung haben Sie? _____

Welche Medikamente nehmen Sie als Dauermedikation? Bitte Stärke angeben!

Alternativ können Sie uns auch den bundeseinheitlichen Medikamentenplan (BMP) vorlegen.

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Im Notfall benachrichtigen (Name Angehörige/bitte 2. Telefonnummer angeben):

Peine, _____

Unterschrift: _____