



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: _____