

Liebe Patienten!

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, uns die unten stehenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten, bei Fragen können Sie sich gerne an uns wenden. ☺

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:.....

Telefonnummer:.....

Betreuer/Vorsorgebevollmächtigte:.....

Beruf:

Lebenssituation: alleinstehend **Angehörige**

Mitbehandelnde Ärzte:.....

Patientenverfügung ja nein

Letzter Check up:.....

Impfungen komplett? ja nein

Vorerkrankungen/Risikofaktoren

Allergien.....

Chronische Infektionen (z.B. Hepatitis B/C/HIV)

Immunsuppression (z.B. Cortison, MTX, Milzentfernung).....

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Gicht).....

Blutgerinnungshemmung (z.B. Marcumar, Xarelto, Eliquis).....

Prothesen (auch Herzklappenersatz/Herzschriftermacher)

Krebserkrankung.....

Grüner Star ja nein

Raucher ja nein

Alkohol/Drogenkonsum ja nein

Bluthochdruck ja nein

Unverträglichkeiten (z.B. ACE-Hemmer).....

Gefäßerkrankung (z.B. pAVK, TVT, Aneurysma).....

Erkrankungen in der Familie.....

Weitere chronische Erkrankungen:

Kopf:

Gehirn (z.B. Schlaganfall, Blutung, MS, Demenz, Depression).....

Augenerkrankungen (z.B. Grauer Star, Grüner Star).....

Sonstiges:

Hals/Brust:

Schilddrüse (z.B. Über- /Unterfunktion, Hashimoto/-Basedow).....

Infekte (z.B. häufige Atemwegsinfekte, Mandelentzündung).....

Lunge (z.B. Asthma bronchiale, COPD, Emphysem, Fibrose, Sarkoidose).....

Herz (z.B. Herzrhythmusstörung, KHK, Herzklappenerkrankungen).....

Sonstiges:

Bauch:

Magen/Speiseröhre (z.B. Sodbrennen, Entzündungen, Geschwüre).....

Darm (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa, Divertikulitis, Hämorrhoiden).....

Bauchspeicheldrüse (z.B. Pankreatitis).....

Leber (z.B. Zirrhose, Hepatitis, M. Meulengracht).....

Allgemein (z.B. Brüche (Hernien), Operationen).....

Nieren/Blase (z.B. Harnwegsinfekte, Niereninsuffizienz, Operationen).....

Genitaltrakt (z.B. Myome, Prostatabeschwerden, Operationen).....

Bewegungsapparat (z.B. chronische Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Skoliose, Brüche, Rheuma, chronische Wunden, Osteoporose).....

Medikamente:

	Name	Stärke	Einnahme (z.B. I-I-I)	Grund
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

.....
Datum

.....
Unterschrift