

Name:	
Vorname:	
Straße:	
Wohnort:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Telefonnummer:	

Allergien:

Sind Sie gegen etwas allergisch? Ja Nein

Falls ja:

Medikamente **Nahrungsmittel** **Kosmetika** **Metalle**

Gegen Welche Stoffe genau?

Krankheitsgeschichte:

Welche **Operationen** wurden bei Ihnen **WANN** durchgeführt?

Welche chron. Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Diabetes mellitus Bluthochdruck

erhöhtes Cholesterin Schilddrüsenerkrankung

Weiteres:

Welche **Medikamente** nehmen Sie zurzeit ein? Auch vom **Facharzt** verordnete!

Spezialistenbehandlung (Facharzt):

Grunddaten:

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

bitte wenden 

Risikofaktoren:

Rauchen Sie? Ja Nein, wenn Ja, wie viel? _____

Trinken Sie **Alkohol**? Ja Nein, wenn Ja, wie viel? _____

Nehmen Sie **Marcumar** oder andere **Blutverdünner** ein? _____

Haben Sie eine **Defibrillator** oder **Herzschrittmacher**? Ja Nein

Impfbuch vorhanden? Ja Nein

Welche Impfungen wurden bei Ihnen durchgeführt?

FSME Tetanus Diphtherie Polio Pertussis Masern

Mumps Röteln Hepatitis A und/oder B

Wann war Ihre letzte: -Check-up Untersuchung?

-Coloskopie (Darmspiegelung)?

-Krebsvor/-nachsorge?

Familiäre Erkrankungen:

Sind **direkte** Blutsverwandte (Großeltern, Eltern, Geschwister) an einer der folgenden Erkrankungen **FRÜH** erkrankt?

Herzinfarkt oder **Herzkranzverengung**

Schlaganfall

Krebserkrankungen Welche: _____

Allergien Welche: _____

Soziale Anamnese:

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

Beziehen Sie eine Rente? Ja Nein

Familienstand: ledig Lebenspartnerschaft verheiratet verwitwet

Grad der Behinderung: _____%

Schwerbehindertenausweis vorhanden? Ja Nein

Pflegegrad vorhanden? Ja Nein (I, II, od. III, IV?)

Pflegedienst? Ja Nein

Betreuer? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Alle Angaben sind freiwillig.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Patient oder gesetzlicher Vertreter