

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>Wohnort:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsort:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	

**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!

---

---

---

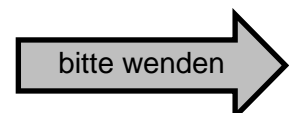
**Spezialistenbehandlung (Facharzt):**

-----

**Grunddaten:**

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg



**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