

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Wohnort	E-Mail
Telefon privat	Handynummer	Beruf/Tätigkeit
Familienstand	Alltagshilfen/Pflegebedürftigkeit/Pflegegrad	

Größe in cm:	Gewicht in kg:	Geschlecht
		m w d

Name des nächsten Angehörigen	Dürfen die Angehörigen Auskünfte erhalten?
	Ja Nein

Vorsorgevollmacht vorhanden?	Ja Nein	Besteht eine Rezeptgebührenbefreiung?	Ja Nein
-------------------------------------	--------------	--	--------------

Patientenverfügung vorhanden? Ja Nein

Haben Sie Allergien? (Medikamente, andere Allergene)	
Nein Ja	Zucker/Diabetes Nein Ja

Gehirn/zentrales Nervensystem	Nein	Ja
-------------------------------	------	----

Bestehen Unverträglichkeiten? (Medikamente/Nahrungsmittel)	
Nein Ja	Wirbelsäule/Gelenke/Knochen Nein Ja

Schilddrüse	Nein	Ja
-------------	------	----

Bestehen Vorerkrankungen? (Was? Seit wann bekannt?)	
Herz/Blutdruck	Nein Ja Niere/Harnwege Nein Ja

Lunge	Nein Ja	Prostata	Nein	Ja
-------	--------------	----------	------	----

Magen/Darm	Nein Ja	gynäkologische Erkrankungen/Brust	Nein	Ja
------------	--------------	-----------------------------------	------	----

Leber	Nein Ja	Tumorerkrankungen	Nein	Ja
-------	--------------	-------------------	------	----

Name

Vorname

Geburtsdatum

Bestehen Vorerkrankungen? (Was? Seit wann bekannt?)

psychische Erkrankungen Nein Ja

Haut/Haare Nein Ja

Augen Nein Ja

Hals/Nase/Ohren Nein Ja

Zähne/Kiefer Nein Ja

Thrombose/Blutungsneigung Nein Ja

Suchterkrankungen (Nikotin, Alkohol, Drogen) Nein Ja

Andere Nein Ja

Operationen? (Was? Wann? Wo?)

Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente ein?
(Welche? Dosierung?)

Impfausweis ist vorhanden Ja Nein

Organspendeausweis ist vorhanden Ja Nein

Letzte Impfung, falls bekannt (bitte Impfausweis mitbringen)

Gesundheitsvorsorge

letzter Check-up

Andere

Sind bei Ihnen folgende Vorsorgeleistungen gelaufen?

Screenings auf Hepatitis B/C
(einmalig ab dem 35. Lebensjahr) Ja Nein

Beratung zur Früherkennung von Darmkrebs
(ab 50. Lebensjahr) Ja Nein

Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen
(gilt für Männer ab dem 65. Lebensjahr einmalig) Ja Nein

Alle Mitarbeiter dieser Praxis unterliegen der
Schweigepflicht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift