

Liebe Patienten,

um Sie möglichst umfassend betreuen zu können möchten wir Sie um die Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem bisherigen Gesundheitsstatus bitten.

Bitte stellen Sie uns außerdem Unterlagen vor- oder mitbehandelnder Kollegen zur Verfügung. Des Weiteren bitten wir um zur Verfügungsstellung des letztgültigen Medikamentenplans.

---

Name	Geburtsdatum
------	--------------

---

Straße	Postleitzahl/Wohnort
--------	----------------------

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

- Herz/Kreislaufkrankungen
  - Bluthochdruck       Herzrhythmusstörungen     Z.n. Schlaganfall
  - Z.n. Herzinfarkt       Z.n. Herzoperation
  
- Blutgerinnungsstörungen
  - Z.n. tiefer Beinvenenthrombose       Z.n. Lungenarterienembolie
  - Blutungsneigung
  
- Veränderte Laborparameter:
  - Erhöhte Blutfettwerte     Veränderte Leberwerte     Veränderte Nierenwerte
  
- Dialyse
- Diabetes mellitus
- Schilddrüsenerkrankungen (Über/Unterfunktion)
- Rheumatische Erkrankungen

Atemwegserkrankungen

Asthma       COPD

Krebserkrankungen (bitte Angabe welcher Art):

Sind in Ihrer Verwandtschaft o.g. Erkrankungen bekannt?

---

Allergien:

---

---

Voroperationen:

---

---

Infektionskrankheiten:

HIV       Hepatitis B       Hepatitis C

Rauchen Sie? (wenn ja, wie viel?)

Trinken Sie Alkohol (wenn ja wie viel?)

Bei Frauen: Sind Sie schwanger? In welcher Schwangerschaftswoche?

Bitte teilen Sie uns die mitbehandelnden Kollegen anderer Fachrichtungen mit:

---

---

---

Datum:

Unterschrift: