

Zur optimalen medizinischen Betreuung bitten wir Sie, den folgenden Bogen möglichst vollständig auszufüllen.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

zzt. ausgeübter Beruf: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-mail Adresse: _____

Körpergröße: _____ m Gewicht: _____ Kg

Gewichtsveränderungen im letzten Jahr: Ja ☐ Nein ☐

> 5 Kg Veränderung Ja ☐ Nein ☐

Wohnsituation: alleine ☐ mit Partner ☐ mit Familie ☐ Pflegeeinrichtung ☐ Sonstiges: _____

Allergie

Allergie gegen Medikamente: Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, welche?: _____

Allergiepass vorhanden: Ja ☐ Nein ☐

Welche Form der Allergie?

Luftnot: Ja ☐ Nein ☐

Hautausschlag: Ja ☐ Nein ☐

Allergischer Schock: Ja ☐ Nein ☐

Notfallplan vorhanden: Ja ☐ Nein ☐

Sonstige Allergie: _____

Familienanamnese

Gibt es Vorfahren/Angehörige, die unter 50 Jahren einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder Krebserkrankung erlitten haben?: _____

Wer und was?: _____

Konsumverhalten

Tabakkonsum: Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, wieviel?: _____

Seit wann?: _____

Alkoholkonsum: Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, wieviel?: _____

Was?: _____

Seit wann?: _____

Drogenkonsum: Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, wieviel?: _____

Was?: _____

Seit wann?: _____

Infektiöse Erkrankungen

Bekannte Infektionen: _____

HIV Ja ☐ Nein ☐

Hepatitis Ja ☐ Nein ☐

Keime (MRSA, ESBL, andere) Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, welche?: _____

Mitbehandelnde Fachärzte

Diabetologe ☐ _____ HNO ☐ _____

Gefäßchirurg ☐ _____ Orthopäde ☐ _____

Pneumologe ☐ _____ Chirurg ☐ _____

Rheumatologe ☐ _____ Neurologe ☐ _____

Gynäkologe ☐ _____ Urologe ☐ _____

Gastroenterologie ☐ _____ Onkologe ☐ _____

Dermatologe ☐ _____ Kardiologe ☐ _____

Sonstige: _____

Vorerkrankungen

		Seit Wann?	Bemerkung
Bluthochdruck (Hypertonie)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Koronare Herzkrankheit (KHK)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Stents	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Bypass	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Herzrhythmusstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Schlaganfall/ Gefäßverengung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Herzfehler/ Herzklappenfehler	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Operation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	Welche Klappe: _____
Fettstoffwechselstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	

Seit Wann? Bemerkung

Diabetes Mellitus	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Therapieform: _____
Krebserkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Lungenembolie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Thrombose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Rheuma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Autoimmunerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Orthopädische Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Neurologische Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche: _____
(MS, Parkinson, Epilepsie, Andere)		_____
Gerinnungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Blutverdünnung/Antikoagulation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Medikament: _____

Schrittmacherversorgung/ ICD	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welcher: _____
------------------------------	---	----------------

Gefäßerkrankungen

Ja ☐ Nein ☐ _____

(Beine, Aorta)

Asthma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
COPD	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____

Psychische Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche: _____
-------------------------	---	---------------

Schlafstörungen

Einschlafstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
------------------	---	-------

Durchschlafstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
--------------------	---	-------

Andere	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
--------	---	-------

Chronisch entzündliche

Darmerkrankung (CED)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
----------------------	---	-------

Sonstiges/ Dokumente

Patientenverfügung vorhanden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
------------------------------	---	--

Vorsorgevollmacht vorhanden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
-----------------------------	---	--

Gesetzliche Betreuung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
-----------------------	---	--

Wenn Ja, durch wen?:	_____
----------------------	-------

Pflegegrad vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
-----------------------	---	--



Wenn Ja, welcher?: _____

Operationen

Haben Operationen stattgefunden? Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, welche und wann? _____

Medikamente

Bitte tragen Sie alle regelmäßig genommenen Medikamente ein (auch freiverkäufliche Präparate, Vitamine oder Pflanzliche Mittel)

[illegible]

☐ Ich nehme keine regelmäßigen Medikamente ein