

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
für unsere Kartei bitten wir Sie regelmäßig um Beantwortung folgender
Fragen:

Name, Vorname: geb. am:

Adresse:
.....

Tel.Nr.privat: dienstl.:

Welche Berufsausbildung haben Sie?
.....

Welchen Beruf/Tätigkeit üben Sie derzeit aus?
.....

Familienstand

ledig verheiratet geschieden verwitwet Lebensgemeinschaft

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Masern Mumps Röteln Windpocken

Hatten Sie Operationen? ja nein

Wenn ja, welche und wann?
.....

Hatten Sie Unfälle? ja nein

Wenn ja, welche und wann?
.....

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

Diabetes Bluthochdruck Schlaganfall Herzinfarkt
Asthma/COPD Thrombose Krebserkrankungen HIV
Lebererkrankungen Nierenerkrankungen Hepatitis Bluterkrankungen
Blutneigung Krampfanfälle Gemütskrankheiten
sonstige

Wie viele Schwangerschaften/Entbindungen hatten Sie?

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

Diabetes Bluthochdruck Schlaganfall Herzinfarkt
Thrombose Krebserkrankungen Krampfanfälle Allergien
sonstige

Bitte wenden Sie das Blatt

Rauchen Sie? nein ja, wie viel pro Tag?.....
 Ex-Raucher/In seit:

Trinken Sie Alkohol? nein ja

Wenn Ja: Welchen Alkohol?Wieviel pro Woche?

Nehmen Sie Medikamente ein? nein ja

Wenn ja, welche?
.....
.....
.....

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Kontakt zu Tieren? ja nein

Wenn ja, zu welchen?.....

Treiben Sie Sport? ja nein

Wenn ja, welchen?

Haben Sie einen Impfausweis? ja nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja: aus dem Jahre

nein

Ich habe Interesse an einer.

Welche Fachärzte besuchen Sie regelmäßig?

1) 4)

2) 5)

3) 6)

Welche(n) Angehörige(n) dürfen wir im Notfall informieren?

Telefonnummer?

Datum:

Unterschrift: