



| | |
|---|---------------|
| Name PatientIn: | Geburtsdatum: |
| Telefonnummer: | Email: |
| Hausarzt: Ja <input type="checkbox"/> Name: _____ Nein <input type="checkbox"/> | |

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Seit wann?

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Angina pectoris | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> | Sonstige Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> | Krampfadern | <input type="checkbox"/> |
| Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Erkrankungen:

Wunden:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf oder geben Ihren Medikamentenplan ab!

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------|----|
| Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | 1. |
| | | 2. |
| | | 3. |
| | | 4. |
| | | 5. |

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------|----|
| Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | 1. |
| | | 2. |
| | | 3. |

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------|----|
| Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | 1. |
| | | 2. |
| | | 3. |
| | | 4. |
| | | 5. |

Nehmen Sie an einem DMP (Chroniker-Programm) teil? Wenn ja, kreuzen Sie bitte zutreffendes an:

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|--------------------------|
| Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Diab. mell. Typ 1 | <input type="checkbox"/> |
| | | Diab. mell. Typ 2 | <input type="checkbox"/> |
| | | Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> |
| | | Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> |
| | | COPD | <input type="checkbox"/> |

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

| | |
|----|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |

Aktuelle Beschwerden:

| |
|--|
| |
| |