



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

**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?**

Nein  Ja

**Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf oder geben Ihren Medikamentenplan ab!**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?**

Nein  Ja

**Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:**

- 1.
- 2.
- 3.

**Leiden Sie an Allergien?**

Nein  Ja

**Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**Nehmen Sie an einem DMP (Chroniker-Programm) teil?**

Nein  Ja

**Wenn ja, kreuzen Sie bitte zutreffendes an:**

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:**


