

Liebe Patientin, lieber Patient

Dieser Fragebogen hilft uns dabei, Sie besser zu betreuen. Bitte füllen Sie ihn sorgfältig und vollständig aus.
Die Daten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden mit dem jeweils geltenden Datenschutzrecht genutzt.

Name, Vorname: _____ **Größe (cm):** _____ **Gewicht (kg):** _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

ggf. Pflegegrad: _____ Schwerbehindertengrad: _____ Merkzeichen: _____

Telefonnummer: _____ ggf. E-Mail-Adresse: _____

Leiden Sie an:

Allergien/Medikamentenunverträglichkeit? nein ja , folgende: _____

Bluthochdruck? nein ja Diabetes? nein ja

Osteoporose? nein ja Rheuma? nein ja

Hepatitis? nein ja HIV / AIDS? nein ja

Anderen Krankheiten, z. B. chronischen Infektionskrankheiten? nein ja

folgende: _____

einer Krebserkrankung nein ja

folgende: _____

Sind sie Raucher: nein ja

Haben Sie eine Erkrankung des / der:

Herzens? nein ja , folgende: _____

Lunge? nein ja Verdauungsorgane? nein ja

Harnwege? nein ja Niere? nein ja

Schilddrüse? nein ja Leber? nein ja

Wirbelsäule? nein ja Knochen? nein ja

Gelenke? nein ja Prostata? nein ja

Muskeln? nein ja Nerven? nein ja

Blutes? nein ja , folgende: _____

Wurden Sie schon operiert? nein ja

Woran / wann?: _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? nein ja

Wenn ja, welche?

Medikament:	Dosierung			
	morgens	mittags	abends	nachts

Anmerkungen / Hinweise _____

Datum / Unterschrift

Danke