

Liebe Patientinnen und Patienten,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus. Die Angaben sind freiwillig. Der Fragebogen gibt Ihnen die Möglichkeit, u.a. Ihre Vorerkrankungen und exakte Medikamenteneinnahme in alle Ruhe z.B. zuhause niederzuschreiben. So können wir ich die Angaben mit den uns vorliegenden Aufzeichnungen abgleichen.

Beim Arztbesuch bleibt somit mehr Zeit für Sie. **Vielen Dank!**

Allgemeine Information:

Nachname: Vorname: Geburtsdatum:
 Straße/Nr.: Wohnort: Geschlecht: weiblich männlich divers
 Mobilnummer: / Festnetznummer: /
 Größe: cm Gewicht: kg Patientenverfügung ja nein / Vorsorgevollmacht ja nein

Medikamenteneinnahme (bitte achten Sie auch auf die Dosisangabe) ja nein

	Wirkstoff	ggf. Firmenname	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf, Sonstiges
z. B.	Malus	Tietjenapfel®	50 mg	—	25 mg	—	

Operationen ja nein

	Operation	wann?
z. B.	Leistenbruch-OP rechts	August 1997

BITTE VORDER- UND RÜCKSEITE AUSFÜLLEN.

VIELEN DANK! ☺

Erkrankungen ja nein

	Krankheit	(seit) wann?	Sonstiges
z. B.	Bluthochdruck	ca. Sommer 2002	gut eingestellt seit 10 Jahren

Allergien / Unverträglichkeiten ja nein

		Ausprägung? Was ist passiert?
z. B.	Penicillinallergie	Hautausschlag

Besondere Risiken ja nein

z. B.	Rauchen, Alkohol	ca. 1 Pack täglich seit ca. 20 Jahren

Sonstige Angaben ja nein

z.B. Sport, Psychotherapie, Erkrankungen innerhalb der Familie, Beruf(srisiken), Vorsorgeuntersuchungen

BITTE VORDER- UND RÜCKSEITE AUSFÜLLEN.

VIELEN DANK! 😊