

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, PLZ, Ort _____

Ihre Telefonnummer: _____

Ihre Mobilnummer: _____

Ihre E-Mail-Adresse: _____

Sie sind versichert bei (Name der Krankenkasse):

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Diabetes mellitus
(Zuckerkrankheit) | ☐ | Bluthochdruck | ☐ |
| Schilddrüsenerkrankung | ☐ | Herzinfarkt (Stent, Bypass) | ☐ |
| Lebererkrankung | ☐ | Sonstige Herzerkrankungen (z. B.
Herzrhythmusstörungen,
Herzklappenveränderungen) | ☐ |
| Lungenerkrankung (Asthma,
chronische Bronchitis) | ☐ | Herzschrittleiter | ☐ |
| Erhöhte
Blutfettwerte/Cholesterin | ☐ | Durchblutungsstörungen/Schlaganfall
Thrombose/Embolie | ☐ |
| Krebserkrankung | ☐ | Epilepsie | ☐ |

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:

1.

2.

3.

4. _____

5. _____

6. _____

Leiden Sie an Medikamenten-unverträglichkeiten / Allergien?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten/Allergien bitte auf:

1.

2.

3.

4. _____

5. _____

6. _____

Rauchen Sie? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wie viel? _____

Größe? _____

Gewicht? _____

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? (Wann wurden diese durchgeführt?)

1.

3. _____

2.

4. _____

Dürfen Angehörige Auskunft bekommen und wenn ja, wer?

Telefonnummer der Angehörigen: _____

Haben Sie eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht?

Ja ☐

Nein ☐