



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja _____

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie an einem DMP teil?	Nein	Ja
Wenn ja, an welchem?	Diabetes	KHK
	Asthma	COPD
Wenn ja, wo?		

Bluthochdruck	Nein	Ja	<input type="text"/>
Herzerkrankungen	Nein	Ja	<input type="text"/>
Herzinfarkt	Nein	Ja	<input type="text"/>
Schlaganfall	Nein	Ja	<input type="text"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein	Ja	<input type="text"/>
Diabetes (Zucker)	Nein	Ja	<input type="text"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein	Ja	<input type="text"/>
Tumorerkrankungen	Nein	Ja	<input type="text"/>
Lebererkrankungen	Nein	Ja	<input type="text"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein	Ja	<input type="text"/>
Blutungsstörungen	Nein	Ja	<input type="text"/>
Bluterkrankungen	Nein	Ja	<input type="text"/>
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein	Ja	<input type="text"/>
Thrombose	Nein	Ja	<input type="text"/>
Lungenembolie	Nein	Ja	<input type="text"/>
Augenerkrankungen	Nein	Ja	<input type="text"/>
Psychische Erkrankungen	Nein	Ja	<input type="text"/>
Krampfleiden	Nein	Ja	<input type="text"/>
neurologische Erkrankungen	Nein	Ja	<input type="text"/>
Operationen/ Unfälle	Nein	Ja	<input type="text"/>
Sonstiges	Nein	Ja	<input type="text"/>

[illegible]

Gibt es einen Organspendeausweis?	Nein	Ja
Gibt es eine Patientenverfügung?	Nein	Ja
Gibt es einen Impfpass?	Nein	Ja

Wann war ihre letzte Impfung : _____
(Bringen Sie bitte Ihren Impfpass zum nächsten Termin mit)

Für Frauen

Gehen Sie regelmäßig zum Gynäkologen?	Nein	Ja
---------------------------------------	------	----

Für Patienten ab 35 Jahren

Wann war Ihr letzter Check-Up? _____

Wann war Ihr letztes Hautkrebsscreening? _____

Für Männer ab 45 LJ

Gehen Sie regelmäßig zum Urologen?	Nein	Ja
------------------------------------	------	----

Für Patienten ab 50 Jahren

Wann war Ihre letzte Darmspiegelung? _____

Für Patienten ab 60 Jahren

Sind sie bereits gegen Pneumokokken geimpft?	Nein	Ja
--	------	----

Sind Sie bereits gegen Gürtelrose geimpft?	Nein	Ja
--	------	----

Bitte teilen Sie uns mit, welche Personen Sie von der Schweigepflicht entbinden: _____

Dürfen Ihre Daten bei Bedarf mit anderen Praxen / Laboren / Krankenhäusern geteilt werden?	Nein	Ja
---	------	----

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und gestatte der Hausarztpraxis Allgemeinmedizin Villa Royal diese Daten in meiner Patientenakte zu speichern.

Datum

Unterschrift