



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Nehmen Sie sich bitte ein paar Minuten Zeit und füllen diesen Fragebogen möglichst vollständig aus. Vielen Dank!

A

Angaben zur Person

K S

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Hausnummer

Telefonnummer

Mobil-Telefon

PLZ

Ort

email

Ihr (bisheriger) Hausarzt: _____

Ihr überweisender Arzt: _____

Familie / Soziales

X SOZ

Familienstand: ledig verheiratet seit _____ verwitwet seit _____

Haben Sie Kinder? Wie alt? _____

Wer lebt mit im Haushalt? _____

Betreut Sie ein Pflegedienst? _____

Pflegegrad: _____ Vorsorgevollmacht ja nein
Patientenverfügung ja nein

Beruf

X SOZ

Ihr Beruf / ihre Ausbildung: _____

Arbeiten Sie nein
im Schichtdienst? Tag- Früh- Spät- Nachtschicht _____

Haben Sie einen nein
Schwerbehindertenausweis? ja, GdB _____ Kennz.: G GI aG B BI H RF

Sind Sie derzeit krank nein
geschrieben? ja, seit wann: _____ weshalb: _____

Gewohnheiten

X SOZ

Ihre Hobbys: _____

Rauchen Sie oder haben Sie
geraucht? Wieviel? Seit/bis wann? _____

Wie oft trinken Sie Alkohol?
Bier? Wein? etc.? _____

Ihre Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg



Chronische Erkrankungen



Koronare Herzerkrankung? Wann?

z. B. Herzinfarkt, Herzkatheter, Stentimplantation, Bypass-OP, Herzschwäche

Herzrhythmusstörungen? Wann? Seit wann?

z. B. Vorhofflimmern, Herzstillstand, Herzschrittmacher, implantatierter Defibrillator

andere Herz-Kreislaufferkrankungen? Wann? Seit wann?

z. B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Gefäßverengungen, -verschlüsse, Gefäßoperationen

neurologische Erkrankungen? Wann? Seit wann?

z. B. Schlaganfall, Lähmungen, Carpal-tunnelsyndrom, Polyneuropathie

Nierenerkrankungen? Wann? Seit wann?

z. B. Nierenschwäche, Dialysebehandlung, Nierenkrebs, Nierenoperationen

Lungenerkrankungen? Wann? Seit wann?

z. B. Asthma bronchiale, COPD, Lungenemphysem, Schlafapnoe-Syndrom, Lungenkrebs

Stoffwechselerkrankungen? Wann? Seit wann?

z. B. Hohe Blutfette, Schilddrüsenunter- oder überfunktion, Harnsäureerhöhung, Gicht

Lebererkrankungen? Wann? Seit wann?

z. B. Hepatitis, Fettleber, Leberzirrhose, Leberkrebs

Erkrankungen des Verdauungstraktes? Wann? Seit wann?

z. B. Refluxerkrankung, Gastritis, Magengeschwür, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Darmkrebs

Operationen? Sonstige chronische Erkrankungen? Allergien? Seit wann?

z. B. Mandel-, Blinddarm-, Gallenblasen-, Leistenbruch-Operation

Leidet in Ihrer Familie jemand an chronischen Krankheiten?



Wer (Eltern, Geschwister, Kinder)

Erkrankungen (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, KHK, etc.)



Spritzen Sie **Insulin**? Geben Sie bitte Präparat und Dosierung an:

Insulin	verwendeter Pen	seit wann?	morgens	mittags	abends	spät
BE-Faktor						
Korrekturfaktor						
Korrekturziel / BZ-Zielwert						

Welche anderen Medikamente nehmen Sie gegen **Diabetes** ein?

Medikament	Stärke	seit wann?	morgens	mittags	abends	spät

Welche **weiteren** Medikamente nehmen Sie ein? (Medikamentenplan bitte mitbringen)
Nennen Sie bitte auch Medikamente, die nicht ärztlich verordnet sind.

Medikament	Stärke	morgens	mittags	abends	spät

Sind Medikamentenunverträglichkeiten aufgetreten?

Medikament	Unverträglichkeit /Nebenwirkung	wann

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit!

