**

*Liebe Patienten*

*Zur optimalen Betreuung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten.*

Name, Vorname: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Geburtsdatum: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Beruf: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen? Nähere Angaben:

Bluthochdruck I Nein ☐ Ja ☐ ………………………………………………………………………………………………………………

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt I Nein ☐ Ja ☐ ………………………………………………………………………………………

Herzerkrankungen I Nein ☐ Ja ☐ ………………………………………………………………………………………………………..

Schlaganfall I Nein ☐ Ja ☐ …………………………………………………………………………………………………………………..

Durchblutungsstörungen der Beine I Nein ☐ Ja ☐ ………………………………………………………………………………

Zuckerkrankheit/ Diabetes I Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………

Fettstoffwechselstörung I Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………….

Tumorerkrankungen I Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………..

Lebererkrankungen I Nein ☐ Ja ☐ ………………………………………………………………………………………………………

Chronische Infektionskrankheiten I Nein ☐ Ja ☐ …………………………………………………………………………………

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen I Nein ☐ Ja ☐ ………………………………………………………………………….

Lungenerkrankung (Asthma, COPD) I Nein ☐ Ja ☐ ………………………………………………………………………………

Thrombose o. Lungenembolie I Nein ☐ Ja ☐ ………………………………………………………………………………………

Augenerkrankungen I Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………..

Psychische Erkrankungen I Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………..

Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen I Nein ☐ Ja ☐ …………………………………………………………………………

Operationen/ Unfälle I Nein ☐ Ja ☐ ……………………………………………………………………………………………………

**Haben Sie Allergien gegen Medikamente? I Nein ☐ Ja ☐ - Wenn ja, gegen welche?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Andere Allergien? ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Rauchen Sie? I Nein ☐ Ja ☐ - Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?........................................................

Trinken Sie Alkohol? I Nein ☐ Ja ☐ - Wenn ja, an wie vielen Tagen der Woche?.....................................

Bitte händigen Sie uns bei Erstkontakt einen aktuellen Medikationsplan aus oder lassen sich einen aktuellen von uns erstellen.

Gibt es einen weiteren wichtigen medizinischen Punkt, welchen Sie uns gern mitteilen würden?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Datum: Unterschrift Patient: ………………………………………………….