



↓ Hier bitte ausfüllen ↓

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)			
Geburts- Datum und Ort			
Adresse und Telefon-Nr. / Mobil-Nr.			
E-Mail-Adresse			
Im Notfall zu verständigen Name, Bezugsperson, Telefon→			
Beruf (ggf. früherer Beruf)			
Krankenkasse / Krankenversicherung			
bisheriger Hausarzt ? Zuweisende(r) und / oder andere behandelnde Ärzte ?			
Auf Empfehlung durch ?			
Hauptbeschwerden bzw. Anlaß des Besuchs			
Letzte Röntgenaufnahme der Lunge: wann und wo ?			
Letzter Krankenhausaufenthalt: wann, wo und warum ?			
Ggf. frühere Krankenhausaufenthalte: wann, wo und warum ?	Wann	wo	wegen
Allergien? Medikamenten-Unverträglichkeiten ?			
Besteht ggf. aktuell eine Schwangerschaft ? Wenn ja, errechneter Entbindungs-Termin (ET)			
Frühere Krankheiten (falls nicht oben erwähnt) wann und welche ?	Wann	Erkrankung	
	1)		
	2)		
	3)		
	4)		
5)			

Alle Medikamente ständig oder bei Bedarf eingenommen; auch Dosieraerosole („Asthmasprays“); „Pille“, Abführmittel, Beruhigungs- und Naturheil-Mittel	Medikament	Dosierung (z.B. 1-0-1)
	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
	6)	
	7)	
Eigene Vorgeschichte Besteht / bestand bei Ihnen ...	Bluthochdruck ?	
	Herz-Erkrankungen ?	
	Lungen-Erkrankungen ?	
	Zuckerkrankheit ?	
	Fettstoffwechsel-Erkrankung ?	
	Stoffwechsel-Erkrankungen (z.B. Schilddrüse) ?	
	Magen- / Darm- Erkrankungen ?	
	Nieren-Erkrankungen ?	
	Augen- Erkrankungen ?	
	Gehirn- o. Nerven- Erkrankungen ?	
	urol. / gyn. Vorgeschichte ?	
	Ihre familiäre Situation ? (Partnerschaft, Kinder)	
	Rauchen Sie ?	
	Einnahme v. Alkohol / Drogen ?	
	Größe ?	
	Gewicht und Gewichtsverlauf ?	
Familiäre Vorgeschichte (Erkrankungen bei Geschwistern, Groß-/Eltern)		
Ergänzungen (Hobby/Sport/andere)		
Ich willige in die Erhebung, die elektronische Speicherung, Verarbeitung und ggf. Weitergabe (an Mitbehandeler) meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurde mir ausgehändigt.		

Datum

Unterschrift

Bitte bringen Sie Ihr Impfbuch mit.