

Aktuelle Hauptbeschwerden (was, seit wann, wie häufig, Auslöser)

Bisherige Untersuchungen

Vorerkrankungen

Keine Vorerkrankungen

Neurologische Erkrankungen

Bluthochdruck KHK / Herzinfarkt Herzrhythmusstörungen pAVK Niereninsuffizienz (Kreatinin/GFR: _____)

Diabetes mellitus (HbA1c: ____%) Schilddrüsenerkrankung Autoimmunerkrankung:

Tumoren (Was, wann, welche Therapie):

Psychische Erkrankungen:

Operationen (was, wann):

Aktuelle Medikamente

keine feste Medikation

Allergien / Unverträglichkeiten

Aktueller Beruf

Familienstand

Sportliche Aktivitäten

Pflegegrad: _____

GdB: _____

Gesetzl. Betreuung: Nein Ja

Welcher Arzt darf medizinische Informationen (z.B. Berichte auch via FAX, Email, telefonische Rückfragen) erhalten?

Welcher Angehörige darf Informationen erhalten oder Dokumente für Sie abholen?

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

(Datum und Unterschrift): _____