



Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

leiden Sie an

ja nein ggf. ergänzende Angaben

Allergien _____

☐ ☐ _____

Atemwegserkrankungen (z.B. COPD...) _____

☐ ☐ _____

Blutgerinnungsstörungen _____

☐ ☐ _____

Diabetes (bitte Typ – Angabe) _____

☐ ☐ _____

Grüner Star (erhöhter Augeninnendruck) _____

☐ ☐ _____

Schilddrüsenerkrankung _____

☐ ☐ _____

Herz- /Kreislaufferkrankungen _____

☐ ☐ _____

- haben Sie einen Herzpass? _____

☐ ☐ _____

- Endocarditisprophylaxe nötig? _____

☐ ☐ _____

Infektionskrankheiten (z.B. AIDS, Hepatitis...) _____

☐ ☐ _____

Leber- /Nierenerkrankung _____

☐ ☐ _____

Osteoporose _____

☐ ☐ _____

Rheumaerkrankungen _____

☐ ☐ _____

Tumorerkrankungen _____

☐ ☐ _____

Sonstige Krankheiten? _____

☐ ☐ _____

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? _____

☐ ☐ _____

Nehmen Sie Medikamente? _____

☐ ☐ _____

Wenn ja, welche _____

- speziell Blutverdünner? _____

☐ ☐ _____

Sind sie pflegebedürftig? _____

☐ ☐ _____

Wenn ja, welcher Grad _____

Grad: _____

Datum _____

Unterschrift _____

Hinweis zum Datenschutz

Die Erhebung der Daten erfolgt nach Art. 9 Absatz 2 h DSGVO

Ihre betroffenen Rechte sowie sonstige Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO finden Sie in unseren Informationspflichten als Aushang im Wartezimmer.