

Bitte geben sie **ALLE** mitgebrachten Befunde/ Überweisung direkt **an der Anmeldung ab!**

Was ist der Grund Ihres **heutigen** Besuchs?

Telefonnummer **und** Handynummer:

E-mail:

Haben Sie einen amtlichen Betreuer / Erziehungsberechtigten	Ja	Nein
Wenn ja, bitte Bestellung vorlegen!	☐	☐
Bei welchem Hausarzt/ Allgemeinmediziner sind Sie Patient?:		

Haben Sie eine Pflegestufe, wenn ja, welche:

Beruf/ ehemaliger Beruf:

Bitte beantworten Sie Fragen zu Ihrer Krankengeschichte:	Ja	Nein
Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente/ Hormone ein?	☐	☐
Welche?: Name	Dosis in mg	Wann (z.B. morgens, mittags, abends, nachts)

	Ja	Nein
Besteht eine Allergie gegen Medikamente?:	☐	☐
Wenn ja, gegen welche:		

Haben Sie einen Allergiepass? Dann bitte vorlegen	☐	☐
---	-----------------------	-----------------------

Bestehen oder bestanden bei Ihnen:	Ja	Nein
Herzerkrankungen, Kreislaufbeschwerden, Bluthochdruck; welche:	☐	☐
Haben Sie einen Herzpass?	☐	☐
Haben Sie einen Herzschrittmacher/ Defibrillator?	☐	☐
Thrombose/ Embolie: wenn ja, wann und wo:	☐	☐
Atembeschwerden/ Asthma: wenn ja, was genau:	☐	☐
Rheuma- /Autoimmunerkrankungen, wenn ja welche:	☐	☐
Schilddrüsenerkrankungen, welche:	☐	☐
Zuckerkrankheit/ Diabetes	☐	☐
Lebererkrankungen	☐	☐
Epilepsie/ Krampfanfälle im Gehirn	☐	☐
Blutungsneigung (z.B. nach Zahnentfernungen Operationen)		
Blutverdünner (z.B. Marcumar®, Eliquis®, Xarelto®, Pradaxa®)	☐	☐
Infektionen z.B. HIV, Hepatitis, Borreliose	☐	☐

wenn ja, welche:

Tumorerkrankungen/ Krebserkrankungen	☐	☐
Wenn ja, welche und wann wie behandelt:		

*Sonstige Erkrankungen und Operationen bitte auf der **Rückseite** notieren !*

Gewicht:	Größe:	Name:	Vorname:
Datum:	Unterschrift:		