



STAMMDATEN und ANAMNESE

Zuname: _____ Straße/Hausnr./Stiege/Tür: _____

Vorname: _____ Titel: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Soz.Vers.Nr.: _____ / _____ Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Tel. Nr.: _____ E-Mail: _____

Zusatzversicherung: nein ja Größe: _____cm Gewicht: _____kg

Hausarzt: _____ PLZ (Hausarzt): _____

Zuweisender Arzt: _____ Grund der Zuweisung / Beschwerden: _____

Fachrichtung: _____

(Vor-) Erkrankungen: * nein ja, nämlich:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? * nein ja, nämlich:

Haben Sie Allergien? * nein ja, nämlich:

Medikamentenunverträglichkeiten? * nein ja, nämlich:

Alkoholkonsum? nein ja; Art, Menge:

Rauchen Sie? nein ja: _____ Packung(en)/Tag x Raucherjahre

Wurden Sie schon einmal operiert? * nein ja

Art der OP: _____ Jahr: _____

Art der OP: _____ Jahr: _____

Art der OP: _____ Jahr: _____

Waren Sie in einem Krankenhaus stationär aufgenommen (außer bei einer Operation)? *

Grund/Diagnose: _____ Jahr: _____

Grund/Diagnose: _____ Jahr: _____

Grund/Diagnose: _____ Jahr: _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? nein ja, eine beachtliche
 ja, eine verbindliche

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht? nein ja

Wer ist Ihre **Vertrauensperson** in medizinischen Belangen?

Name: _____ Verhältnis: _____

Tel. Erreichbarkeit: _____

Sonstige Angaben (infektiöse Krankheiten, Unverträglichkeiten, religiöse Behandlungseinschränkungen, Erwachsenenvertreter*in, ...): *