

Name:	Geburtsdatum:
Telefon-Nr.:	Mobil-Nr.:
Tagsüber erreichbar unter Tel.:	E-Mail:
Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg
Beruf:	

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäßverkalkung (KHK) <input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis) <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung <input type="checkbox"/>	Herzschwäche <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung <input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte <input type="checkbox"/>	Magen-/Darmerkrankung (CED) <input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) <input type="checkbox"/>	Krebserkrankung <input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

Teilnahme DMP / HZV

Diabetes <input type="checkbox"/>	COPD <input type="checkbox"/>
KHK <input type="checkbox"/>	Asthma <input type="checkbox"/>
	andere <input type="checkbox"/>

Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung (HZV): ja nein

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?

ja nein

Bitte Medikamentenplan mitbringen!

Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente mit Dosierung bitte auf:

Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Leiden Sie an Allergien/ Unverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Rauchen Sie?			
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?			
Aktuelle Beschwerden:			

_____ Datum

_____ Unterschrift