

<b>Name:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Telefon-Nr.:</b>	<b>Mobil-Nr.:</b>
<b>Tagsüber erreichbar unter Tel.:</b>	<b>E-Mail:</b>
<b>Größe:</b> <span style="float: right;"><b>cm</b></span>	<b>Gewicht:</b> <span style="float: right;"><b>kg</b></span>
<b>Beruf:</b>	

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

ja  nein

Bitte Medikamentenplan mitbringen!


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

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_