

Patientenbogen

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Telefon privat: _____ ggf. Telefon tagsüber: _____

Familienstand: _____ Kinder (Anzahl/Alter): _____

Beruf: _____

Alter: _____ Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____

Rauchen: nein gelegentlich häufig regelmäßig _____

Alkohol: nein gelegentlich häufig regelmäßig _____

Allergien: _____

Operationen (welche/wann): _____

chronische Erkrankungen: _____

Dauermedikation:	Medikament	Dosierung
(bitte genaueste Angaben)	1. _____	_____
	2. _____	_____
	3. _____	_____
	4. _____	_____
	5. _____	_____
	6. _____	_____
	7. _____	_____
	8. _____	_____

Bedarfsmedikation:	Medikament	Dosierung
(nicht regelmäßige	1. _____	_____
Einnahme von z.B.	2. _____	_____
Schmerz-, Beruhigungs-,	3. _____	_____
Schlafmitteln)	4. _____	_____

Medikamentenunverträglichkeiten: _____

letzte Krebsvorsorgeuntersuchung (Jahr): _____ letzte Gesundheitsuntersuchung (Jahr): _____

letzte Auffrischungsimpfung von Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten (Monat/Jahr): _____

besondere Fragen und Anliegen: _____

(bitte ggf. Rückseite benutzen) _____