

Nachname, Vorname:		Geburtsdatum:	
Krankenkasse:		Telefon-Nr.:	
Vorerkrankungen:			
Operationen:			
Allergien/Unverträglichkeiten:			
Impfstatus (bitte Impfpass mitbringen):			
Medikamente (Name/Wirkstoff)	morgens	mittags	abends
Größe:	Gewicht: ☐ Alkohol ☐ Nikotin ☐ Drogen		
Familienanamnese (Krankheiten wie Diabetes/Bluthochdruck/Krebserkrankungen bekannt?):			
Sozialanamnese Beruf:		Familienstand:	Kinder:
Häusliche Versorgung / Pflegestufe vorhanden?			
Patientenverfügung vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein			
Gesundheitsvollmacht vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein			
Jahr der letzten Check-Up-Untersuchung:			
Name des letzten Hausarztes:			

