

Medizinisches Datenblatt

Familienname _____ Vorname _____

Adresse _____

Email _____ Telefon _____

KK: _____ Vers.Nr. _____ / Geb.datum _____

Aufenthalt von _____ bis _____ Unterschrift _____

Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir Sie folgenden Fragebogen vor Ihrem Aufenthalt auszufüllen und zu Ihrem Arzttermin mitzunehmen. Falls keine Änderungen eingetreten sind, unten Genanntes mit „wie bei Voraufenthalt im entsprechenden Monat/Jahr“ zu überschreiben. Herzlichen Dank!

Familienstand _____ Beruf _____ Familienkrankheiten _____

Zigaretten/Tag _____ Alkohol _____ Appetit _____ Verdauung _____ Schlaf _____

Ernährung _____ Fastenerfahrung _____

Haben oder hatten Sie:

Herzschrittmacher, Metall – od. sonstige Implantate _____

Allergien _____ Infektionskrankheiten (Hep. A, B, C, HIV, MRSA, sonstiges)

Bluthochdruck, Zucker, Blutfette _____

Krampfadern, Thrombose oder Lungeninfarkt _____

Atemnot bei Belastung, Ödeme, Herzschwäche _____

Herzrhythmusstörung, Herzinfarkt, Schlaganfall _____

Schwerwiegende Erkrankungen an Schilddrüse, Leber, Niere _____

Epilepsie, neurologische oder psychische Erkrankungen _____

Gelenkentzündungen, Gelenkersatz, Osteoporose _____

Operationen oder andere Erkrankungen: _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Blutverdünnung: _____

Andere: _____