

Stammdaten – Patient

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Geburtsort: _____ Familienstand: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

PLZ/ Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon mobil: _____ Festnetz: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Rauchen Sie? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, wie viel täglich: _____ Zigaretten

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein ☐ Ja ☐

Haben Sie Allergien? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche? _____

Gegen Medikamente? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, gegen welche? _____

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

1. Bluthochdruck Nein ☐ Ja ☐

2. Herzerkrankungen:

- Herzinfarkt Nein ☐ Ja ☐

- Koronare Herzkrankheit (KHK) Nein ☐ Ja ☐

- Herzinsuffizienz Nein ☐ Ja ☐

- Sonstiges: _____

3. Schlaganfall Nein ☐ Ja ☐

4. Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welcher? _____

5. Tumorerkrankungen Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche? _____

6. Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche? _____

7. Chronische Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis) Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche? _____

8. Gefäßerkrankung:

- arteriell (z.B. pAVK) Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche? _____

- venös (z.B. Lungenembolie, chronisch-venöse Insuffizienz, Thrombose) Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche? _____

9. Krampfleiden/neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie) Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche? _____

Liegt ein Grad der Behinderung vor? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welcher Grad? _____

Liegt ein Pflegegrad vor? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welcher Grad? _____

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

1. Bluthochdruck Nein ☐ Ja ☐

2. Herzerkrankungen:

- Herzinfarkt Nein ☐ Ja ☐

- Koronare Herzkrankheit (KHK) Nein ☐ Ja ☐

- Herzinsuffizienz Nein ☐ Ja ☐

- Sonstiges: _____

3. Schlaganfall Nein ☐ Ja ☐

4. Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welcher? _____

5. Tumorerkrankungen Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche? _____

6. Thrombose Nein ☐ Ja ☐

7. Lungenembolie Nein ☐ Ja ☐

Ort, Datum

Unterschrift