



Patient

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel., Mobil: _____ E-Mail: _____

Geb.-Datum: _____ Beruf: _____

Arbeitgeber: _____ Tel. geschäftlich: _____

Krankenkasse, Versicherung: _____

Pflegegrad nach §15 SGB XI liegt vor: Ja Nein

Versicherter/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls abweichend)

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel., Mobil: _____ E-Mail: _____

Geb.-Datum: _____

Generelle Schweigepflichts-
entbindung gegenüber: _____

(z.B. Ehegatte/Kinder, bitte mit Name und Geburtsdatum)

Erkrankungen

keine Erkrankungen	Herz-Erkrankungen	Asthma
Blutgerinnungsstörung	Herzschrittmacher	Hepatitis B oder C
Diabetes	Bluthochdruck	Suchterkrankung
psychische Erkrankung	Schlaganfall	HIV positiv
Krebserkrankung	künstl. Herzklappe	Rheuma
Epilepsie	Antibiotikaphylaxe	Schilddrüsenerkrankung
TBC	sonstige Erkrankungen: _____	

Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie allergische Reaktionen/Unverträglichkeiten? (z.B. von Medikamenten) Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Ist ein Allergiepass vorhanden? Ja Nein

