

Patientenetikett mit Kostenträger und Barcode

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Hausarzt: _____ überweisender Arzt: _____

Patientenverfügung Vollmacht Betreuung mit Kontaktdaten zum Betreuer:

Name: _____

Lebenssituation / soziale Unterstützung

lebt mit Partner

lebt mit der Familie mit Unterstützung

lebt alleine mit Unterstützung von
 Familie oder
 Freunden
 Bekannten
 betreutem Wohnen

lebt alleine ohne Unterstützung

Pflegeheim / ambulante Pflege

Telefon: _____

Angehöriger/Kontaktperson:

Name: _____

Telefon: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Welche Medikamente benötigen Sie regelmäßig und in welcher Dosierung?

- Bitte geben Sie uns die Namen Ihrer Medikamente so vollständig wie möglich an. Angaben wie der Wirkstoffgehalt (z.B. 20 mg) und weitere Angaben (z.B. *retard, forte, chrono, long, mite, comp, plus* o.a.) sind wichtig.
- Bitte nennen Sie uns auch Augentropfen, Inhalationssprays und Salben, die Sie regelmäßig anwenden.
- Bitte geben Sie auch die Medikamente an, die Sie in Apotheken, Drogerien oder Supermärkten gekauft haben, und regelmäßig einnehmen.

Medikament	morgens	mittags	abends	

Falls Sie einen Medikationsplan haben, bringen Sie diesen bitte mit.

bitte wenden ➡



Frühere Operationen (bitte eintragen):

Wann?	Wo? (welches Krankenhaus)	Operation

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

HERZ (z.B. Herzfehler, Infarkt, Herzschmerzen, Atemnot, beim Treppensteigen, Rhythmusstörung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Augen (z.B. grüner Star)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislauf (z.B. hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Allergien gegen: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blut / Blutgerinnungsstörung Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gibt es andere Erkrankungen / Besonderheiten / Infektionskrankheiten? welche: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gefäße (z.B. Krampfadern, Thrombose, Hirndurchblutung, Embolie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gebrauchen Sie <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen? <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> gar nicht	
Lunge / Bronchien (z.B. Asthma, COPD, Schlafapnoe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wie viel Zigaretten / Zigarren / Pfeife rauchen Sie? Seit wann? _____ pro Tag	
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Besteht eine Schwangerschaft oder Stillzeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie lockere Zähne?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leber / Nieren / Prostata	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tragen Sie Zahnersatz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nerven / Gemüt (z.B. Depression, Krampfleiden)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Muskelerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Speiseröhre / Magen / Sodbrennen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Probleme bei vorausgegangen Narkosen (Übelkeit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wirbelsäule / Knochen / Gelenke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Implantate (Schrittmacher, Gelenkprothesen) welche: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankung welche: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind Sie gegen Covid19 geimpft? <input type="checkbox"/> nicht geimpft <input type="checkbox"/> unvollständig geimpft <input type="checkbox"/> vollständig geimpft	

Die Angaben in dieser Selbstauskunft sind **wahrheitsgemäß**.

- Ja, ich bin damit einverstanden**, dass die von mir angegebenen Daten gespeichert werden und
 bei Bedarf Kontakt mit Angehörigen/Kontaktperson aufgenommen wird.

Ort, Datum: _____ Patient(in)/Sorgeberechtigte(r): _____ (Unterschrift)

Ärztliche Kommentare:

(Unterschrift Arzt)



3140008