

Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Beruf: _____ Telefonnummer: _____
 E-Mail-Adresse: _____

1. behandelnder Hausarzt: _____
 überweisender Arzt: _____

2. besteht bei Ihnen:
 HIV Hepatitis B/C Borreliose FSME Polio/Kinderlähmung

3. Waren Sie in letzter Zeit im Krankenhaus oder beim Radiologen? (wann und wo?)

4. besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankung:
 Schlaganfall Schilddrüsen-Erkrankung Niereninsuffizienz
 Epilepsie Diabetes mellitus Parkinson
 koronare Herzkrankheit Polyneuropathie Karpaltunnelsyndrom
 Vorhofflimmern p-AVK Depression
 Herzschrittmacher erhöhtes Cholesterin Zeckenstich
 Carotisstenose Bandscheibenvorfall Krebs _____
 Bluthochdruck Sonstiges: _____
 OP's: _____
 Allergien: _____

5. Nehmen Sie Blutverdünner ein?
 ASS Marcumar Plavix Clopidogrel Iscover Xarelto Pradaxa Eliquis

6. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht

7. Nehmen Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein
 Nehmen Sie regelmäßig Drogen? Ja Nein

8. Aktuelle Beschwerden? _____
