

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Vorerkrankungen: ja nein welche

Herz-Kreislaufkrankung (z.B. Hypertonie, KHK) _____

Lungenerkrankung (z.B. COPD, Asthma) _____

Schilddrüsenerkrankung (z.B. Unterfunktion) _____

Erkrankung des Magen-Darm-Trakts _____

Wirbelsäulenerkrankung _____

Erkrankung anderer Gelenke/Knochen _____

Krebserkrankung _____

Hauterkrankung (z.B. Schuppenflechte) _____

Augenerkrankung (z.B. grauer Star) _____

Ohrenerkrankung (z.B. Schwerhörigkeit) _____

Erkrankung des Urogenitaltrakts _____

Psychische Erkrankung (z.B. Depression) _____

Allergien (z.B. Pflaster, best. Medikamente) _____

Sonstige Erkrankungen _____

Operationen (welche und wann ungefähr) _____

Sonstiges:

Krebs/chron. Erkrankung in der Familie _____

Rauchen Sie? (wieviel und seit wann) _____

Trinken Sie Alkohol? (wieviel und was) _____

Liegt ein Pflegegrad vor? _____

Wichtiges Ihrerseits: _____