

Bitte beantworten Sie folgende Fragen! (bitte ankreuzen und ergänzen)

	JA	Nein	Welche? /Wie viel?/ Wie oft?
Leiden Sie an Allergien?			
Vertragen Sie alle Medikamente?			
Rauchen Sie?			_____ pro Tag; seit _____ Jahren
Trinken Sie Alkohol?			()täglich ()gelegentlich
Haben Sie Schlafstörungen?			
Ist Ihr Gewicht stabil?			
Haben Sie Stuhlgangprobleme?			
Klappt das Wasserlassen?			
Hatten Sie in letzter Zeit Fieber?			
Hatten Sie in letzter Zeit Husten?			
Leiden Sie an Schmerzen?			
Sind Sie schwanger?			

Welche **Medikamente** nehmen Sie?

Dosis

Welche Medikamente nehmen Sie?	Dosis

Welchen Beruf haben Sie?

Fahren Sie Auto? Ja () Nein ()

Beziehen Sie Rente? Ja () Nein ()

Haben Sie einen Pflegegrad? Ja () Pflegegrad Nein ()

Haben Sie eine Patientenverfügung? Ja () Nein ()

Haben Sie einen Betreuer? Ja () Nein ()

.....
Datum Unterschrift

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen, Ihr Praxisteam