

Aufnahmebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Pflegegrad: _____ Pflegedienst: _____

Allergien: nein ja, welche _____

Rauchen Sie? nein ja, seit wann _____ wieviel: _____ nicht mehr seit _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja seit wann _____ wieviel: _____ nicht mehr seit _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? nein ja

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Herzerkrankungen, Herzinfarkt	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Schlaganfall	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Diabetes/ Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Lebererkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Thrombose oder Lungenembolie	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Augenerkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Operationen/Unfälle	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Sonstiges	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____

Nehmen Sie am einem DMP teil? nein ja welche _____ wo _____

Haben Sie in den letzten Monaten stark zu- oder abgenommen? nein ab zu

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern/Geschwister) erwähnenswerte Erkrankungen?

