

Name/Vorname:	Telefon:
Größe/Gewicht	
Kinderkrankheiten:	
Masern: ja/nein Röteln: ja/nein	Gelbsucht: ja/nein
Mumps: ja/nein Windpocken: ja/nein	Tuberkulose: ja/nein
Sonstige:	
Familiäre Erkrankungen:	
Herz/Schlaganfall: ja/nein wann ?	Sonstige fam. Erkrankungen ?
Operationen :	Bekannte Erkrankungen :
Allergien/ Medikamentenunverträglichkeit :	
Medikamente + Einnahme :	
Beruf	
Alkohol ?	
HbA1c	Nieren GFR / Kreatinin
Mikroprotein Harn:	LDL-Cholesterin
Fußkontrolle	Augenhintergrund
Belastungs-EKG	
Taille :	
Aktuelle Medikamente	
Ernährungsberatung ?	ZIELE:
Schwerbehindertengrad :	
Patientenverfügung/ Betreuungsvollmacht ja/nein	Notfallkontakt :
Weitere behandelnde Ärzte:	