



Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_  
Kinder: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht? ja nein  
Falls ja, wer ist dort eingetragen (Name, Telefon)?

\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein  
Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? ja nein  
Falls ja, wer ist eingesetzt (Name, Telefon)?

### MEDIZINISCHE DATEN:

Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten (mit Angabe von Beschwerdebild)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Bitte tragen Sie ein, ob bzw. wann Sie die folgenden Impfungen erhalten haben:

Corona-Impfung (wie oft, wann zuletzt): \_\_\_\_\_

Tetanus-Impfung: \_\_\_\_\_

Hepatitis A/B: \_\_\_\_\_

Gürtelrose: \_\_\_\_\_

Pneumokokken: \_\_\_\_\_

Gripeschutz: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Impfpass? ja nein



## MEDIZINISCHE DATEN:

Wurden Sie bereits operiert (was, wann, welche Klinik)?

---

---

Welche Vorerkrankungen sind Ihnen bekannt?

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (welche, Dosis, wann)?

---

---

Wann wurden die folgenden Untersuchungen zuletzt durchgeführt?

Check-Up: \_\_\_\_\_

Darmspiegelung: \_\_\_\_\_

Gynäkologische Krebsvorsorge: \_\_\_\_\_

Prostatakrebsvorsorge: \_\_\_\_\_

Hautkrebsvorsorge: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Organspendeausweis? ja nein

Sind Sie bei der DKMS gemeldet? ja nein

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht (seit wann, wie viele Zigaretten/Tag)?

---

Trinken Sie regelmäßig Alkohol (was, wie oft, Menge)?

---

Treiben Sie regelmäßig Sport (welchen, wie oft)?

---

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_