

Klinik: _____

Anreise-Datum: _____



DEUTSCHER ARBEITSKREIS
FÜR FAMILIENHILFE E.V.

Selbstauskunft - Erwachsene

Name: _____ Vorname: _____

Handy-Nr.: _____ E-Mail-Adresse: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Wenn ja, Name des Medikaments, Dosierung, Einnahmerhythmus?

Starkes Übergewicht (Adipositas) ja nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzklappendefekt) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankung der Atemwege
(z. B. schweres Asthma bronchiale, hyperreagibles Bronchialsystem) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Diabetes mellitus ja nein

Insulinpflichtig ja nein

Wenn ja, letzter HbA1c-Wert:

Nierenerkrankung ja nein

Dialysepflichtig ja nein

Lebererkrankung (z. B. Hepatitis) ja nein

Entzündliche Darmerkrankung (z. B. Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Rheumatologische Erkrankungen (z. B. entzündliches Gelenkrheuma) ja nein

Krebserkrankung ja nein

Wenn ja, welche? _____

Name: Vorname:

Geschwächtes Immunsystem durch Erkrankung oder aktuelle Therapie (z.B. Chemotherapie) ja nein

Autoimmunerkrankung (z.B. Hashimoto-Thyreoiditis) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, die die Immunabwehr unterdrücken? ja nein

Wenn ja, welche? (z.B. Cortison, MTX) _____

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstige, bisher nicht genannte schwere Vorerkrankungen ja nein

Wenn ja, welche? _____

Depression ja nein

Ängste ja nein

Schwangerschaft ja nein

SSW

Gynäkologische Atteste und der Kontakt mit der ärztlichen Leitung sind erforderlich!

An welchen Arzt soll der Entlassungsbericht gesandt werden?

Bitte nennen Sie uns die Adresse:

Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Ich habe keine Bedenken anzureisen.

Datum

Unterschrift Patientin/Patient