

DR.MED.KARL HEINZ KIENLE
 Internist / Sportmedizin / Notfallmedizin
 info@kienle-koblenz.de
 http://www.kienle-koblenz.de/

Friedr.-Wilhelm-Str. 160/161
 56077 Koblenz-Ehrenbreitstein
 Telefon 0261/972710
 Telefax 0261/9727115

Name des Patienten:	Geburtsdatum:
---------------------	---------------

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.
		4.
		5.

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.
		4.
		5.

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

1.	2.
3.	4.

Aktuelle Beschwerden:

Haben Sie eine Patientenvollmacht bzw. ein Patiententestament (freiwillige Angabe):

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------

Datum

Unterschrift