



Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Asthma / Bronchitis / COPD	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Maske wegen Schlafapnoe	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Thrombose	<input type="checkbox"/>
Tumor / Krebs	<input type="checkbox"/>	Welcher Tumor / Wann?	_____

Sind darüber hinaus Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Welcher Art? (z.B. Penicillinallergie, Pflasterallergie)

\_\_\_\_\_

### 3. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Haben Sie einen Medikamentenplan dabei, dann legen Sie ihn bitte vor und tragen nichts weiter ein.  
Sollten Sie die Bezeichnungen der Medikamente nicht kennen, dann schreiben Sie bitte auf, warum Sie die Medikamente bekommen, z.B. Blutdruck, Schilddrüse ...

Ich nehme keine Medikamente ein   
 Ich habe einen Medikamentenplan dabei  (siehe Plan)  
 Ich nehme ein:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Befinden sich darunter (Zutreffendes bitte ankreuzen)?

ASS 100	<input type="checkbox"/>	Clopidrogel / Plavix	<input type="checkbox"/>
Marcumar	<input type="checkbox"/>	Eliquis <input type="checkbox"/> / Xarelto <input type="checkbox"/> / Pradaxa <input type="checkbox"/> / Lixiana <input type="checkbox"/>	
Amiodaron / Cordarex	<input type="checkbox"/>	Tamoxifen	<input type="checkbox"/>
Chloroquin / Resorchin	<input type="checkbox"/>		
Langzeitbehandlung mit Antibiotika (Welche?)			_____

### 4. Ärztliche Schweigepflicht

Sollte es erforderlich sein, ärztliche Befunde von Vorbehandlern anzufordern bzw. ärztliche Befunde an andere behandelnde Ärzte (z.B. Hausarzt) weiterzuleiten, so benötigen wir dazu Ihre Erlaubnis. Sind Sie damit einverstanden, daß im Bedarfsfall ärztliche Informationen mit den behandelnden Ärzten ausgetauscht werden?

Ja       Nein

Bremen,

Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben