



---

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Grösse: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung: Ja  Nein

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

**Familienanamnese:** (Erkrankungen/Todesursachen Familienmitglieder)

---

**Sozialanamnese:** (Zivilstand/Beruf)

---

**Allergien:** (Medikamente, Nahrungsmittel, etc.)

---

**Diagnosen:** (Bekannte Erkrankungen)

---

**Operationen / Geburten:** (Alle operativen Eingriffe mit Jahreszahl, Alle Geburten mit Jahrgang)

---

**Medikamente:** (Alle regelmäßig eingenommene Medikamente inkl. Verhütung)