**Meine Patientendokumentation**

**Name : Geburtsdatum:**

**Datum letzte Aktualisierung:**

|  |
| --- |
| **Aktuelle Beschwerden**  |
| **Was** |  |
| **Wo** |  |
| **Seit wann** |  |
| **Was erhoffe ich mir von der Behandlung** |  |

|  |
| --- |
| **Welche aktuellen Erkrankungen sind bei mir derzeit bekannt?** |
| **Ungefähre Diagnose** | **Seit wann** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Welche früheren ernsthaften Erkrankungen sind aufgetreten?** |
| **Ungefähre Diagnose** | **In welchem Zeitraum** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Welche Operationen fanden bisher statt?** |
| **Ungefähre Bezeichnung** | **Wann** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **Welche Medikamente nehme ich derzeit ein?** |
| **Name** | **Dosierung** | **Seit wann** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Welche Medikamente habe ich früher lange eingenommen?** |
| **Name** | **In welchem Zeitraum** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Sind Allergien bekannt?** |
| **Wogegen** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Gibt es in meiner Herkunftsfamilie auffällige Krankheiten?** **Woran sind nahe Verwandte gestorben?** |
| **Wer? (Verwandtschaftsgrad)** | **Was** | **In welchem Alter** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Weitere Informationen, die für meine Behandlung wichtig sein könnten** |
|  |