

## Infektiologisches Zentrum Steglitz (IZS)

BAG Dr.med. Nicolai Bottez & Dr.med. Gordon Weinberg (GbR)

Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin / Innere Medizin / Infektiologie

Reisemedizin / Gelbfieberimpfstelle / Hausärztliche Versorgung / Klinische Studien

DE-12163 Berlin • Schloßstrasse 88 • [www.izs-berlin.de](http://www.izs-berlin.de)

Tel: 030 -797 000 25 • Email: [info@izs-berlin.de](mailto:info@izs-berlin.de) • Fax: 030-797 000 26



### PATIENTENSTAMMDATEN

Vorname:	
Nachname:	
Geburtstag:	
Geburtsland:	
Sprache: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/>	
Straße:	
PLZ und Ort:	
Telefon / Mobil:	
E-Mail:	
Wen im Notfall benachrichtigen?	
Telefon / Mobil:	
Patientenverfügung vorhanden? Wo?	
Hausarzt:	
Andere mitbehandelnde Ärzte:	
Größe in cm:	Gewicht in kg:
Allergien:	
Medikamentenunverträglichkeiten:	
Wie viele Zigaretten pro Tag, seit wann?	
Wie viele alkoholische Getränke am Tag / Woche:	
Welche Drogen konsumieren Sie? :	

## Infektiologisches Zentrum Steglitz (IZS)

BAG Dr.med. Nicolai Bottez & Dr.med. Gordon Weinberg (GbR)

Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin / Innere Medizin / Infektiologie

Reisemedizin / Gelbfieberimpfstelle / Hausärztliche Versorgung / Klinische Studien

DE-12163 Berlin • Schloßstrasse 88 • [www.izs-berlin.de](http://www.izs-berlin.de)

Tel: 030 -797 000 25 • Email: [info@izs-berlin.de](mailto:info@izs-berlin.de) • Fax: 030-797 000 26



### Folgende Erkrankungen sind bei mir bekannt:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leberprobleme       | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD               | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Rheuma              | <input type="checkbox"/> Zucker/Diabetes           | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Probleme      |
| <input type="checkbox"/> Thrombose           | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck             | <input type="checkbox"/> Schlaganfall             |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung      | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung          | <input type="checkbox"/> Depressionen             |
| <input type="checkbox"/> Vitaminmangel       | <input type="checkbox"/> Unterleibsprobleme        | <input type="checkbox"/> Stoffwechselprobleme     |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B         | <input type="checkbox"/> hohes Cholesterin         | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (Infarkt) |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose         | <input type="checkbox"/> Blutarmut/Anämie          | <input type="checkbox"/> psychische Probleme      |
| <input type="checkbox"/> grüner Star/Glaukom | <input type="checkbox"/> grauer Star/Linsentrübung | <input type="checkbox"/> Hepatitis C              |
| <input type="checkbox"/> Hüftschmerzen       | <input type="checkbox"/> Knieschmerzen             | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen          |
| <input type="checkbox"/> Gicht               | <input type="checkbox"/> Krampfadern               | <input type="checkbox"/> hatte Fehlgeburten       |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie           | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung           | <input type="checkbox"/> HIV                      |
| <input type="checkbox"/> Prostata            | <input type="checkbox"/> Testosteronmangel         | <input type="checkbox"/> erektile Dysfunktion     |
| <input type="checkbox"/> Alkoholprobleme     | <input type="checkbox"/> Drogenerfahrungen         | <input type="checkbox"/> Schlaftabletten          |

### Ich hatte folgende Operationen:

-  
-  
-  
-

Ich nehme diese Medikamente / Vitaminpräparate / Nahrungsergänzungsmittel ein:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ich nehme die „Pille “ (zur Verhütung) ein:  ja  nein

Folgende Erkrankungen sind in meiner Familie bekannt (nur Verwandte 1. Grades, wie Mutter / Vater / leibliche Kinder):

\_\_\_\_\_

## Infektiologisches Zentrum Steglitz (IZS)

BAG Dr.med. Nicolai Bottez & Dr.med. Gordon Weinberg (GbR)

Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin / Innere Medizin / Infektiologie

Reisemedizin / Gelbfieberimpfstelle / Hausärztliche Versorgung / Klinische Studien

DE-12163 Berlin • Schloßstrasse 88 • [www.izs-berlin.de](http://www.izs-berlin.de)

Tel: 030 -797 000 25 • Email: [info@izs-berlin.de](mailto:info@izs-berlin.de) • Fax: 030-797 000 26



### (Freiwillige) Sozialmedizinische Angaben

berufstätig? als: \_\_\_\_\_

arbeitsunfähig? seit: \_\_\_\_\_

arbeitssuchend

Altersrente?

BU- oder Erwerbsunfähigkeitsrente Grad in % \_\_\_\_\_

schwerbehindert Grad in % \_\_\_\_\_

Pflegestufe/Pflegegrad Stufe/Grad \_\_\_\_\_

Kinder: Tochter\_\_\_\_ Sohn\_\_\_\_

verheiratet  verwitwet  geschieden

Lebensgemeinschaft  verpartnert  alleinlebend

ich lebe in eigener Wohnung und versorge mich zu Hause selbst

Familienangehörige helfen bei der Versorgung zu Hause mit

ein Pflegedienst unterstützt meine häusliche Versorgung

ich wohne in einer Senioren-WG  betreutes Wohnen  Pflegeheim

Seniorenheim  sonstiges \_\_\_\_\_

Rollstuhl  Sauerstoffgerät  Gehstützen

Hörgerät  Herzschrittmacher  Stützstrümpfe

ich habe einen gesetzlichen Betreuer (Vormund)

ich habe einen sozialen / psychosozialen Betreuer

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_