



**Name:**

**Nieren, Blase, Genitalorgane:**

Niereninsuffizienz

Inkontinenz/Katheter

Häufige Entzündungen

Prostatavergrößerung

Endometriose

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Haut:**

Schuppenflechte

Neurodermitis

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Gehirn und Nervensystem:**

Schlaganfall

Epilepsie

Demenz

Polyneuropathie

Parkinson

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Psychische Erkrankungen:**

Depression

Suchterkrankung

Welche? \_\_\_\_\_

Psychose

Angststörung

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Bewegungsapparat (Gelenke und Wirbelsäule):**

Rheuma

Arthrose

Künstliche Gelenke/Prothesen

Bandscheibenvorfall

Osteoporose

Sonstige: \_\_\_\_\_

Tumorerkrankung/Krebs

Welche? \_\_\_\_\_

**Behandelnde  
Fachärzte:**

**Haben Sie eine/n:**

Impfpass

Patientenverfügung

Organspendeausweis

Vorsorgevollmacht

Pflegegrad

Welchen? \_\_\_\_\_

Wer ist im Notfall der nächste  
Ansprechpartner?

Name: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Vielen Dank, Ihre Mitarbeit erleichtert den zuverlässigen Wechsel in unsere  
Behandlung sehr!

**Ihr Team der Praxis Am Markt**