

Krankengeschichte

Studentischer Gesundheitsdienst der Universität Iowa

Der studentische Gesundheitsdienst der Universität von Iowa benötigt diese vertraulichen Informationen, um eine Patientenversorgung gewährleisten zu können. Personen außerhalb des studentischen Gesundheitsdienstes haben ohne Kenntnis und Zustimmung des Patienten keinen Zugriff auf diese Informationen. Bitte füllen Sie alle Felder aus, um eine gute Patientenversorgung zu gewährleisten.

A. Persönliche Daten ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Anderes _____

Name: _____ Studentenausweis-Nr. _____
(Nachname) (Vorname) (zweiter Vorname)

Adresse : _____ Geburtsdatum: _____
(Nummer, Straße oder Postfach) (Stadt) (Staat) (Postleitzahl)

Notfall-Kontaktperson: _____
(Nachname) (Vorname) (Adresse) (Telefon)

Bevorzugter Name, falls abweichend von oben: _____

B. Krankengeschichte Persönlich/Biologisch/Familie Leiden oder litten Sie oder ein unmittelbares Familienmitglied unter einer der folgenden Erkrankungen? (Unmittelbare Familie: Vater, Mutter, Bruder, Schwester)

Bitte füllen Sie alle Felder aus. Bei Angabe 'J' bitte nähere Informationen im Teil D angeben

	Sie		Familie		Verwandtschaftsgrad		Sie		Familie		Verwandtschaftsgrad
	J	N	J	N			J	N	J	N	
Alkohol/Drogen						Erbkrankheit					
Allergien						Bluthochdruck					
Arthritis (Erkrankung/ Verletzung von Gelenken)						Hohe Cholesterinwerte					
Asthma						Gelbsucht oder Hepatitis					
Krebs						Nierenerkrankung					
Diabetes						Psychiatrischer Zustand					
Hals-Nasen-Ohren-Probleme						Anfallsleiden					
Augenerkrankung (keine Korrekturlinsen)						Sexuell übertragende Infektion					
Kopfverletzung						Magen-Darm-Probleme					
Herzprobleme/Erkrankung						Schlaganfall					
Bluterkrankheit						Andere					

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus oder hatten eine Operation? Wenn ja, bitte beschreiben _____

Wurden Sie schon einmal psychotherapeutisch behandelt? (Bitte erläutern) _____

Geben Sie alle Medikament an, die Sie momentan einnehmen: _____

Allergien auf Folgendes angeben: Medikamente (bitte Art der Reaktion angeben) _____

Nahrungsmittel- und Umweltallergien: _____

C. Persönliche Angaben

1. Konsumieren Sie Tabak? ☐ Ja ☐ Nein (Wenn ja, geben Sie bitte Umfang und Zeitraum an) _____
2. Trinken Sie Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein (Wenn ja, geben Sie bitte Umfang und Zeitraum an) _____
3. Treiben Sie Sport? ☐ Ja ☐ Nein (Wenn ja, bitte geben Sie an wie oft und in welcher Form) _____
4. Haben Sie Gewichts- oder Essprobleme? _____
5. Benötigen Sie bei Ihren täglichen Aktivitäten Unterstützung? ☐ Ja ☐ Nein (Wenn ja, bitte beschreiben) _____
6. Haben Sie Probleme Englisch zu verstehen? ☐ Ja ☐ Nein Was ist Ihre Muttersprache? _____
7. Gibt es irgendwelche Gründe, die Ihre Fähigkeit gesundheitliche Aspekte zu erlernen oder zu verstehen beeinträchtigen? _____
8. Bitte geben Sie bei der Terminplanung an, ob Sie einen Übersetzer oder andere Kommunikationshilfen benötigen.
9. Wenn Sie eine Patientenverfügung besitzen, legen Sie bitte diesem Formular eine Kopie bei.

D. Kommentare: Verwenden Sie diesen Abschnitt für Kommentare aus Abschnitt B oder andere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten.

E. Bestätigung: _____
Student Unterschrift

Datum

Schicken Sie dieses Formular an: The University of Iowa, Student Health Service, 4189 Westlawn, Iowa City, IA 52242-1100 oder schicken Sie ein Fax an 319-335-7247