

## Basisdaten

**Name:**

TEST NachTEST

Geburtsdatum: 2011-01-01

Geschlecht: maennlich

Telefon: 1111111111111111

E-Mail: test@tesmail.test

**Adresse:**

Teststr.  
11111

## Hausarzt und Arbeitgeber

**Hausarzt (Name):**

Dr. Test

**Hausarzt (Anschrift):**

TestStrasse

Arbeitgeber (Name): TESTarbeit

Arbeitgeber (Ort): TestOrt

## Körpermaße

Grösse (cm): 100

Gewicht (kg): 100

## Unfall und Arbeitsfähigkeit

Unfall vorhanden: nein

Datum des Unfalls: -

Unfall Art: unbekannt

Arbeitsunfähig: nein

**Arbeitsunfähig seit:**

2025-12-24

## Chronische Erkrankungen

**Angaben:**

Bluthochdruck, Niedriger Blutdruck, Herz / Kreislauferkrankung, Blutgerinnungsstörung, Epilepsie, Tuberkulose, Lebererkrankung, Krebserkrankung, Tumorerkrankung, Osteoporose, Thrombose, Nierenerkrankung, Hepatitis, Asthma/COPD, Schlaganfall, Diabetes, HIV, Schilddrüsenerkrankung, Rheuma, MSRA, Depression, Angststörung, Panikattacken, PTSB, Sonstige psychische Erkrankungen: TESTbipolar

## Vorerkrankungen und Eingriffe

**Bekannte Diagnosen:**

TESTdiagnose

**Operationen / Eingriffe:**

TESTeingriffe

**Krankenhausaufenthalte:**

TEST-KK-Aufenthalte

## Pflegegrad

### Vorhandener Pflegegrad:

Pflegegrad 5

### Streben eines (höheren) Pflegegrads:

Nein

## Schwerbehinderung

Schwerbehindert: Ja

Grad der Schwerbehinderung: 50 %

### Merkzeichen:

G – erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr; aG – außergewöhnlich gehbehindert; H – hilflos; BI – blind oder stark sehbehindert; GI – gehörlos / schwere Hör- oder Sprachstörung; B – Berechtigung Mitnahme Begleitperson; RF – Befreiung Rundfunkgebühren / Sozialtarif; TBI – taubblind (kombiniertes Merkzeichen)

## Medikamente und Impfstatus

### Aktuelle Medikamente:

TestMedikament

### Impfungen (angekreuzt):

Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Polio, MMR, MMRV, Varizellen, HPV, Influenza, Pneumokokken, Herpes Zoster, Meningokokken, Hepatitis A, Hepatitis B, COVID-19, FSME, Tollwut, Typhus, Cholera, Gelbfieber, BCG, Sonstige Reiseimpfungen

### Andere Impfungen / Details:

TEST Impfung

## Lebensstil

Rauchen: taeglich (20)

Alkoholkonsum: gelegentlich (2)

### Körperliche Aktivität / Berufliche Belastung:

Test Belastung

### Relevante Risiken:

Test Risiko Stress

## Familienanamnese

### Familienkrankheiten:

TEST Familiolenkrank

### Bekannte Erbkrankheiten:

TEST Erbkrank

## Patientenverfügung

Vorhanden: ja

Hinweise: TEST NOTAR

## Datenschutz und Einwilligung

### Datenschutztext (Wortlaut):

Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung und Termin- bzw. Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Die Praxis darf medizinische Daten zum Zwecke der Mitbehandlung anfordern und weitergeben. Widerruf jederzeit schriftlich möglich (Art.7 Abs.3 DGSVO).

Auswertungs-Zustimmung: Ja

Einwilligung Behandlung bestätigt: Ja

Einwilligung Kontaktaufnahme: Ja

Elektr. Unterschrift zugestimmt: Ja

**Digitale Unterschrift (Name):**

TEST

**Zeitstempel (Formular):**

2026-05-31T10:29:14.097Z