



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____

Straße, Hausnr: _____ PLZ, Ort _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-mail: _____

Versicherung: _____

gesetzlich freiwillig privat PKV-Standardtarif Beihilfe

Besteht eine Zahnzusatzversicherung: _____

Mein Hausarzt (Name, Adresse, Telefon): _____

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> | Herzklappenerkrankung/-ersatz | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt, Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> |
| Bypass/Stent/Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | Endokarditis-Prophylaxe | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zu blauen Flecken | <input type="checkbox"/> |
| Immunschwäche (HIV/AIDS) | <input type="checkbox"/> | Rheuma, rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C) | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankung (Glaukom - grüner Star) | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> | Einnahme von Bisphosphonaten | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zur Ohnmacht | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | Sonstige Erkrankungen/Infektionen | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? (wieviele pro Tag: _____) | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft (ja / vielleicht) | <input type="checkbox"/> |
| Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepaß?) | <input type="checkbox"/> | | |

welche _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Clopidogrel(Plavix), ASS) ein?

welche _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten, oder Erziehungsberechtigten