

Name (Patient): _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Vers. Mitglied: _____
 Telefon priv.: _____
 Handy: _____
 E-Mail: _____

Ort: _____
 Straße: _____
 Krankenkasse: _____
 Versicherung/Privat: _____
 Arbeitgeber: _____
 Telefon: _____
 Beruf:

Besteht bzw. Bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? **ja** **nein** Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

1. Allergien (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Atemwegserkrankung (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Herz- Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6.1 Herzinsuffizienz/ -schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6.2 Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6.3 Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6.4 Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6.5 Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6.6 Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6.7 Verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6.8 Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Infektionsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7.1 Hepatitis (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7.2 Immunmangel-Syndrom (Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Weitere Fragen

12. Frühere Operationen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Nehmen Sie Medikamente? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Name und Anschrift des Arztes

Falls Sie ein Bonusheft besitzen, legen Sie uns dieses bitte zur Aktualisierung vor (wichtig für Zahnersatz).

Wir nehmen unsere Patienten automatisch in den Wiederbestellservice auf, sofern dem nicht widersprochen wird.

Die Patientendaten werden von uns elektronisch gespeichert und abgerechnet, unterliegen jedoch dem Datenschutz.

Datum:

Unterschrift: