

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 selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient

Name, Vorname: _____ Geb. _____

Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____

Versicherte Person

Name, Vorname: _____ Geb. _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Versicherung: _____

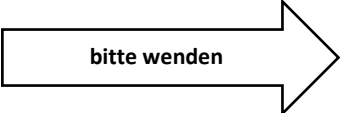
gesetzlich freiwillig privat Beihilfe

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? _____

Mein Hausarzt (Name, Telefon): _____

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------------------|
| Herz-/ Kreislaufferkrankungen | <input type="checkbox"/> | Herzklappenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt, Angina pectoris | <input type="checkbox"/> |
| Bypass/Stent/Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | Endokartitis-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, grauer Star, grüner Star) | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> | Einnahme von Bisphosphonaten | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Depressionen/Angstzustände | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | Sonstige Erkrankungen
welche _____ | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? (wie viele pro Tag? _____) | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft | Woche _____ <input type="checkbox"/> |
| Allergien
welche _____ | <input type="checkbox"/> | | |



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Blutdruckmedikamente Herzmedikamente Schmerzmittel

Psychopharmaka Antidiabetika Antibabypille

Weitere Medikamente: _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?

Aspirin ASS Marcumar Ticlopidin

Plavix/Clopidogrel Pradaxa Xarelto Eliquis

Aggrenox Efiect

Im Rahmen unseres Prophylaxe Konzeptes bieten wir Ihnen **einen kostenlosen Erinnerungsservice** an bevorstehende Termine.

Möchten Sie daran teilnehmen? Ja nein

Wenn ja, per: Telefon: _____

SMS: _____

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum,Ort

Unterschrift