



vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Wir benötigen von Ihnen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate Behandlung und unterstützt den optimalen Behandlungserfolg. Deshalb möchten wir Sie bitten diesen Patienten - Fragebogen vollständig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße/Hausnr. _____ E-Mail _____

Postleitzahl/Ort _____ Telefon _____ Mobil _____

Name des Kostenträgers _____

(Krankenkasse oder Versicherung)

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Angina pectoris | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> | Sonstige Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Krampfadern | <input type="checkbox"/> |
| Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) | <input type="checkbox"/> | Infektiöse Erkrankung | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?

- | | | | |
|----------|--------------------------|-------------------|-------|
| Marcumar | <input type="checkbox"/> | Andere | |
| ASS | <input type="checkbox"/> | Gerinnungshemmer: | _____ |

Leiden Sie an Arzneimittelunverträglichkeiten?

- | | | | |
|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Antibiotika | <input type="checkbox"/> | Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> |
|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|

Leiden Sie an Allergien?

ja nein Welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja nein Welche: _____

Sind Sie schwanger? ja nein Woche: _____

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

per E-Mail telefonisch schriftlich

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Empfehlung Internet Zeitung Sonstiges

Datum: _____ Unterschrift: _____