



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Für eine optimale Behandlung ist eine gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Sie werden elektronisch gespeichert. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherte Person

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Nr _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Mobil _____ E-Mail _____

Beruf _____ Telefon geschäftlich _____

Krankenkasse

Gesetzlich Privat Zusatzversicherung Beihilfe

Fragen zu Ihrer Gesundheit (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Allergien

Asthma Antibiotika Latex

 Andere

Infektionskrankheiten

Hepatitis HIV, AIDS Chronische Atemwegserkrankung

 Andere

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Angina pectoris
 Herzinfarkt
 Herzschwäche (Insuffizienz)
 Herzrhythmusstörung
 Herzklappenerkrankung
 Zu hoher Blutdruck
 Zu niedriger Blutdruck

 Andere

Knochen/Gelenke

Rheuma Osteoporose

Andere Erkrankungen

Nehmen Sie Medikamente, insbesondere

Zur Blutverdünnung Bei Osteoporose

 Andere

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes (Zucker) Schilddrüse

 Andere

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Hausarzt

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor jeder Behandlung mit. Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer lokalen Betäubung nicht mehr fahrtüchtig sein können.

Datum _____ Unterschrift _____