

**Wir möchten Sie herzlich in unserer Praxis begrüßen.
Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung
benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen.**

Patient: Name: _____ Geb.datum: _____

Versicherter: Name: _____ Geb.datum: _____

Adresse: _____

Telefon Privat: _____ Mobiltelefon: _____

Krankenkasse: _____ Bonusheft vorhanden: Ja Nein seit _____

Privat Versicherte - Basistarif Ja Nein Beruf _____

Möchten Sie in unser Recall-System aufgenommen werden Ja Nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck Ja Nein

Niedriger Blutdruck Ja Nein

Herzklappenerkrankung Ja Nein

Herzinfarkt, Angina pectoris Ja Nein

Herzrythmus, Schrittmacher Ja Nein

Schlaganfall, Apoplex Ja Nein

Infektionserkrankungen

HIV Ja Nein

Hepatitis (Typ) Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Bitte wenden

Allergien

Lokalanästhetika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

Andere: _____

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Asthma Ja Nein

Lungenerkrankung, COPD Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Rheuma, Arthritis Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Nieren-/Lebererkrankung Ja Nein

Osteoporose, Bisphosphonate Ja Nein

Ohnmachtsneigung Ja Nein

Tumorerkrankung Ja Nein

Allgemeine Angaben

Schwangerschaft Ja Nein Monat: _____

Medikamente: _____

Überwiesen, Empfohlen durch _____

Alle Angaben unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Für Wünsche und Anregungen wenden Sie sich bitte an das Praxisteam.

Datum

Unterschrift