

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel. Privat: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Beruf / Arbeitgeber: _____ Hausarzt: _____

Name Krankenkasse: _____
privat
gesetzlich

Zusatzversicherung: _____
ja
nein

Allgemeine Anamnese

Diese Informationen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Herz- Kreislauferkrankungen:

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endokarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzoperationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Infektiöse Erkrankungen:

	Ja	Nein
HIV-Infektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Infektionserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MRSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creutzfeldt-Jakob Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Erkrankungen:

	Ja	Nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suchterkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma/Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

	Ja	Nein
Lokalanästhetikum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotika z.B. Penicillin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Latex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft? Stillen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstiges:

	Ja	Nein
Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Blutgerinnungsmittel (z. B. Marcumar, ASS)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Was ist ihr Anliegen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet
 Familie, Freunde oder Bekannte
 Sonstiges _____

Möchten Sie per Recall-Postkarte regelmäßig an Vorsorgetermine erinnert werden? ja nein

Wie möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden? E-Mail Telefon

Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir ausdrücklich um rechtzeitige (min. 24 Stunden vorher) telefonische Absage. Ich habe die obigen Informationen gelesen und verstanden. Ich verpflichte mich, Änderungen die sich während der Behandlung ergeben, dem behandelnden Arzt mitzuteilen. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift _____