

Sehr geehrter Patient,  
bitte füllen Sie die untenstehenden Fragen genau aus. Bei Fragen sind wir gerne für Sie da.  
Alle Praxismitglieder unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

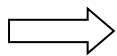
Patient: Name: Vorname: geb:

Hauptversicherter: Name: Vorname: geb:

Anschrift: Straße/Nr.: Telefon: privat  
dienstlich  
E-Mail  
PLZ/Ort:

Krankenkasse: Private Zusatzversicherung: O J O N  
Für Privatversicherte: Tarif? \_\_\_\_\_

Hausarzt:



Ich weiß, dass meine Daten an weiterbehandelnde Ärzte, Krankenkassen, KZV, Dentallabore, private Verrechnungsstellen und Versicherungen weitergegeben werden.

Unterschrift:

---

Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?	O J O N	warum?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	O J O N	welche?
Unverträglichkeit gegen Medikamente	O J O N	wogegen?
Haben Sie eine Allergie bzw. Allergiepass?	O J O N	Allergie gegen?
Werden Sie wegen Osteoporose behandelt?	O J O N	womit? _____ Spritzen? _____
Herzerkrankungen?	O J O N	welcher Art?
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	O J O N	
Kreislaufkrankungen?	O J O N	welcher Art?
Vertragen Sie Spritzen beim Zahnarzt?	O J O N	
Blutkrankheiten?	O J O N	bitte beschreiben
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?	O J O N	ASS _____ Marcumar _____ Gerinnungspass _____
Diabetes (Zuckerkrankheit)?	O J O N	
Schilddrüsenerkrankung?	O J O N	
Lebererkrankungen / Gelbsucht?	O J O N	
HIV / Aids?	O J O N	
Sonstige Erkrankungen		
Künstliches Hüft-, Knie-, Schultergelenk?	O J O N	
Besteht eine Schwangerschaft?	O J O N	Schwangerschaftsmonat:
Möchten Sie an Ihren Vorsorgetermin schriftlich erinnert werden?	O J O N	
Neuenmarkt, den		Unterschrift: