

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:

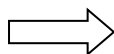
Hauptversicherter: Name: Vorname: geb:

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

Krankenkasse: Private Zusatzversicherung: J N
Für Privatversicherte: Tarif? _____

Hausarzt:

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



Mit der Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass meine Daten an weiterbehandelnde Ärzte, Krankenkassen, KZV, Dentallabore, private Verrechnungsstellen und Versicherungen weitergegeben werden.

Neuenmarkt, den

Unterschrift: