

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Patient:

Name Vorname geb. am

Versicherter:

falls o.g. abweichend

Name Vorname geb. am

Anschrift

PLZ, Wohnort Straße, Hausnummer

erreichbar:

Telefon Mobil E-Mail

Beruf:

Versicherung:

Gesetzlich Privat Zusatzversicherung Beihilfe
 Standardtarif Basistarif

Hausarzt:

Name und Ort

Ihre Gesundheit

	Ja	Nein		Ja	Nein
Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A / B / C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zustand nach Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV (Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenüber/-unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biphosphonattherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma / Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogen-, medikamenten- oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Blutdruck (hoch / niedrig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stehen Sie z.Z. in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft? Woche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Röntgenaufnahmen in den letzten 12 Monaten, wenn ja, wo und wann? _____

Haben Sie eine Pflegestufe? _____ Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____
(bitte Medikamentenliste vorlegen)

Sind Allergien bekannt oder Überempfindlichkeiten gegen Medikamente, Pflaster, Latex?

Wenn ja, welche? _____

Allergiepass (bitte vorlegen)

Zähne/Kiefergelenk/Zahnfleisch

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Haben/Hatten Sie schon einmal Probleme beim Kauen von Kaugummi?

Haben Sie Einschlaf-/Aufwachprobleme, weil Sie Ihre Zähne spüren?

