



Patienten-Anmeldebogen

Patient:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Anschrift:

Tel.: Mobil:

Krankenkasse:

Hausarzt: Überweisender Arzt:

Mitglied/Versicherter:

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Tel.: Mobil:

Beruf: Arbeitgeber: Tel.:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkung auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus (zutreffendes bitte ankreuzen):

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Herz/Kreislauf:

Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschwäche	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzfehler	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzmuskelentzündung/Herzklappenentzündung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Künstliche Herzklappe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Leberkrankheiten:

Gelbsucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Fettleber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leberzirrhose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis A	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis C	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Nervensystem:

- Krampfleiden Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- Lähmungen Ja Nein
- Depressionen Ja Nein
- Angstzustände Ja Nein
- Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten oder sind folgende Erkrankungen bei Ihnen aufgetreten?

Unverträglichkeit von Medikamenten?
(Antibiotika, Schmerzmittel, Jod, ...)

Ja Nein

Wenn ja, welche?.....

Allergien (Latex in Gummihandschuhen, Metalle,)

Ja Nein

Wenn ja, welche?.....

- Schlaganfall Ja Nein
- Zuckerkrankheit/Diabetes Ja Nein
- Rheuma Ja Nein
- Nierenerkrankung Ja Nein
- Blutkrebs Ja Nein

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten*behandelt?

Ja Nein

(* Medikament zur Verbesserung der Knochenstruktur z.B. bei Osteoporose oder bei Tumortherapie)

Bestehen zurzeit andere Erkrankungen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?.....

Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten durchschnittlich pro Tag?

Trinken Sie Alkohol? Nie Gelegentlich Regelmäßig wie, viel?.....

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?.....

Für Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Monat: Nein ungewiss

Ort/Datum: Unterschrift:.....

Einverständniserklärung zum/zur Recall/Terminerinnerung

Gerne erinnern wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin.
Falls Sie an unserem Recall teilnehmen möchten, unterschreiben Sie hier bitte erneut.

Ort/Datum: Unterschrift:.....