

Gesundheitsfragebogen

Persönliche Angaben

Name, Vorname : **Krankenkasse :**

Geburtsdatum : **o Gesetzlich** **o Privat**

Geburtsort : **o Zusatzversicherung**

Versicherter: **Geburtsdatum :**

Straße :

Wohnort :

Telefon / Handy :

Telefon beruflich : **Beruf:**

Email :

Behandelnder Hausarzt : **Telefon :**

Allgemeine Anamnese

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an, Ihre Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt / Jahr | <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Bypass oder Stent / Jahr |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten oder Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft / Monat |
| <input type="checkbox"/> HIV oder Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht oder Hepatitis | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie) / Jahr | |
| <input type="checkbox"/> Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen ? | |

Sonstige Erkrankungen :

regelmäßige Medikamenteneinnahme /welche?.....

Allergien/ welche?/Allergiepass?.....

Datum der letzten Röntgen-Untersuchung : Was wurde geröntgt ?.....

Unsere Praxis wurde empfohlen durch :

Ich möchte an Vorsorgetermine / Recall erinnert werden : per Email per SMS per Tel per Post

Ich möchte an alle vereinbarten Termine erinnert werden : per SMS per Tel

.....
Datum, Ort