**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem Allgemeinzustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Patient:**

Name:……………………………………………Vorname:…………………………………………………Geb. …………….............

**Erziehungsberechtigter/Versicherte Person:**

Name:…………………………………………Vorname:…………………………………………………Geb. …………….............

Straße, Nr.:………………………………………………………….PLZ/Ort ………………………………………………………………..

Beruf ……………………………………………………………………. eMail …………………………………………………………………..

Telefon ………………………………………………………………… Mobil …………………………………………………………………..

Versicherung ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

gesetzlich ⃞ freiwillig ⃞ privat ⃞ PKV-Standardtarif ⃞ Beihilfe ⃞

Besteht eine Zusatzversicherung: ………………………………………………………………………………………………………..

Die Praxis wurde mir empfohlen von: ………………………………………………………………………………………………….

Hausarzt: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen: ………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:**

Herz-/Kreislauferkrankungen: ⃞ Herzklappenerkrankung/-ersatz ⃞

Bluthochdruck ⃞ Herzinfarkt, Angina Pectoris ⃞

Bypass/Stent/Herzschrittmacher ⃞ Endokarditis-Prophylaxe ⃞

Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) ⃞ Neigen Sie zu blauen Flecken ⃞

Immunschwäche (HIV/AIDS) ⃞ Rheuma, rheumatisches Fieber ⃞

Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C) ⃞ Tuberkulose ⃞

Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) ⃞ Nierenfunktionsstörung ⃞

Schilddrüsenerkrankung ⃞ Augenerkrankung (Glaukom) ⃞

**Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:**

Diabetes (Zuckerkrankheit) ⃞ Magen-Darm-Erkrankung ⃞

Tumorerkrankung ⃞

Osteoporose ⃞ Neigen Sie zur Ohnmacht ⃞

Anfallsleiden (Epilepsie) ⃞

Rauchen Sie? ⃞ Schwangerschaft: Ja ⃞

Nein ⃞

Allergien, welche?................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Bestehen zurzeit andere Erkrankungen, welche?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

⃞ Blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin etc.)?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

⃞ Bisphosphonate (Knochenstoffwechselhemmer)?

⃞ Andere:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum……………………………… Unterschrift…………………………………………………………………………………………….