



Erhebungsbogen über vorhandene Krankheiten

Um eine optimale Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Sie werden Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt und eventuell elektronisch gespeichert.

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

_____ Krankenkasse

Anschrift:

PLZ, Ort _____ Strasse, Hausnummer _____

Telefon-Nr. Privat _____ Handy-Nr. _____ e-mail Adresse _____

Arbeitgeber:

Firma _____ Beruf _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt? Bitte ausfüllen oder ankreuzen.		ja	nein
Herzkrankungen	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzasthma, Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzmuskelentzündung (Endokarditis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler / -ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kreislaufkrankungen	zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangeldurchblutung des Zentralen Nervensystems / Apoplex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stoffwechselerkrankungen	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-Darm Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems	Epileptische Anfälle/Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		ja	nein
Nierenerkrankungen	Chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen	Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überempfindlichkeit gegen _____		
Infektionskrankheiten	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chronische Erkrankung der Atemwege – Husten etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AIDS, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsystem	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welche? _____		
Sonstige Erkrankungen: _____			
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? _____			
Weitere Angaben	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____		
	Besitzen Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie schwanger? Welcher Monat? _____		
	Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____		
	Wie alt ist Ihr eventuell vorhandener Zahnersatz? _____		
	Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege verwenden Sie? _____		
	Gerne lasse ich mich kostenlos per Postkarte an Kontrolluntersuchungen erinnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?		
Persönliche Empfehlung <input type="checkbox"/> ; Telefonbuch <input type="checkbox"/> ; Gelbe Seiten <input type="checkbox"/> ; Internet <input type="checkbox"/> ; sonstiges: _____			

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben!

Datum/Unterschrift/Patient/Versicherter