

# Herzlich willkommen!!

Für eine individuelle, auf Sie abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige Angaben von Ihnen.  
Bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus.  
Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte.  
Vielen Dank!!

---

Name Vorname geb. am

---

Name, Vorname der/des Versicherten (falls abweichend) geb. am

---

PLZ/Wohnort Straße, Hausnummer E-Mail

---

Telefon mobil tagsüber

---

Hausarzt

Krankenkasse/private Krankenversicherung:.....  
 gesetzlich versichert  privat versichert

**Allgemein**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?.....  
 Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?.....  
 Leiden Sie an Allergien bzw. Unverträglichkeiten?.....  
 Sind Sie schwanger?  JA welcher Monat?.....  NEIN  
 Sonstiges?.....

**Erkrankungen**

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Transplantationen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	wenn ja, welche?.....		
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	HIV Infektion	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Hepatitis A, B oder C	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Asthma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	MRSA	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rheuma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	andere Infektionskrankheiten?.....		
Epilepsie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	sonstige Erkrankungen?.....		
Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein			

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?.....

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.  
**Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Std im Voraus abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.**

---

Ort, Datum Unterschrift