



Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um eine möglichst komplikationslose Behandlung durchführen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____	Geboren am: _____
Strasse, Nr.: _____	Telefon, Privat: _____
PLZ, Ort: _____	Telefon, geschäftlich: _____
Handy: _____	E-mail: _____
Berufliche Tätigkeit: _____	Arbeitgeber: _____
Krankenkasse _____	Überwiesen/empfohlen von: _____
Zusatzversicherung _____	Hausarzt: _____
Grund Ihres Besuchs: _____	

Erkrankungen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | | |
|------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> Grüner Star |
| <input type="checkbox"/> Kreislauf | <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> Blut | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Hepatitis | | |

Medikamentenallergie: _____

Sonstige Allergie: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Blutverdünnende Medikamente (ASS, Marcumar...), welche?: _____

Sonstige Medikamente: _____

Schwanger, welcher Monat? _____

Rauchen Sie?

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich über sinnvolle oder notwendige Behandlungen informiert werde und ich schriftlich oder per Telefon an ausstehende Behandlungen oder Untersuchungen erinnert werde.

Bitte bemühen Sie sich, die mit uns vereinbarten Termine einzuhalten oder 24h vor Termin abzusagen. Erfolgt keine Absage, sieht der Gesetzgeber vor, diesen Ausfall mit 70€ privat in Rechnung zu stellen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)