

Patient

Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____ Geb. Ort _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____ Geb. Ort _____

Adresse

Straße & Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Kontakt

Tel. Privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Tel. Arbeit _____

Krankenkasse

Bei gesetzlich Versicherten, benötigen wir Ihre Versicherungskarte bei jedem Praxisbesuch. Sollte diese nicht innerhalb von 14 Tagen nach Behandlung eingereicht werden, behalten wir uns vor, für erbrachte Leistungen eine Privatrechnung nach GOZ zu stellen.

Allgemeine Anamnese

Name / Anschrift Hausarzt: _____

Medikamente die Sie derzeit nehmen: _____

Besteht oder bestanden bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

<u>1. Herzerkrankungen</u>	Ja	Nein	<u>6. Bluterkrankungen</u>	Ja	Nein
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, wenn ja wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßiger Herzschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluten Sie lange nach einer Verletzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<u>2. Kreislaufkrankungen</u>	Ja	Nein	<u>7. Infektionskrankheiten</u>	Ja	Nein
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis B/C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			AIDS, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>3. Stoffwechselerkrankungen</u>	Ja	Nein	<u>8. Sonstige Erkrankungen</u>	Ja	Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>4. Erkrankungen des Nervensystems</u>	Ja	Nein	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal einen epileptischen Krampfanfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>5. Allergien</u>	Ja	Nein	Sonstige Erkrankungen: _____		
Penecillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weitere Angaben	Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen, oder Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? Falls ja, Anzahl Zigar. / Tag:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sind Sie schwanger? Falls ja welche Woche: ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Pflegegrad / Eingliederungshilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Angaben sofort mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Wir sind immer bemüht, Ihre Wartezeit so kurz wie möglich zu halten. Daher bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir behalten uns vor, für nicht abgesagte und nicht wahrgenommen Termine ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Datum _____

Unterschrift _____