



Willkommen in unserer Praxis

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ Hs.Nr. _____ PLZ, Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Arbeit: _____ email Adresse _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung JA _____ NEIN _____

Gesundheitsfragebogen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Niedriger Blutdruck
- Hoher Blutdruck
- Hatten Sie bereits eine Operation am Herzen?
- Herzschrittmacher/Defibrillator
- Sonstige Herzerkrankung

Atemwege/Lunge

- Asthma
- Chronische Bronchitis

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- Diabetes
- Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- Osteoporose
- Epilepsie
- Augenleiden





Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche? _____
- Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche? _____
- Sind Sie z.Zt. schwanger?
Wenn Ja, welche Woche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Blutverdünnung
- Blutverdünnung
- Insulin
- Bisphosphonate (z.B.bei Osteoporose, Knochenmetastasen)

Wenn Ja, Weshalb? _____

- Psychopharmaka
- Sonstige Medikamente?

Wenn Ja, Welche? _____

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt/Facharzt? _____

Haben Sie eine Pflegestufe /Pflegegrad nach §15 SGB XI? _____

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

Kommen Sie auf Empfehlung in unsere Praxis? _____

Wenn ja, wer hat Sie empfohlen? _____

Da unsere Praxis nach einem Bestellsystem geführt wird, bitten wir Sie nicht einhaltbare Termine rechtzeitig, bis spätestens 24 Stunden vorher, abzusagen. In besonderen Fällen behalten wir uns vor, bei Nichteinhaltung dieser Frist, eine Ausfallgebühr von 50 € pro angefangener Viertel Stunde zu berechnen.

Hiermit bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben vollständig und korrekt sind.

Naila, den Unterschrift

