



Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

damit wir uns speziell auf Ihre Bedürfnisse einstellen können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der Ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsort: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon- / Handynummer: _____

Beruf / Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Versicherter: _____ Geburtsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankeuzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz / Kreislauf

- Zustand nach Infarkt
- Herzrhythmusstörungen, Bypass-Operation, Herzschrittmacher etc.
- Bluthochdruck
- niedriger Blutdruck

Erkrankung des blutbildenden Systems

- Blutarmut / Bluter

Augen

- Grauer Star / Grüner Star

Atemwege / Lunge

- Asthma / Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- Magen- / Darmerkrankung

Blase-Nieren

- Blasen- / Nierenerkrankung
- Dialyse

Leber

- Gelbsucht / Hepatitis

Bewegungsapparat

- Rheuma / Arthritis / Gicht

Vegetatives Nervensystem

- Kopfschmerzen / Migräne

Stoffwechsel

- Diabetes / Schilddrüsenenerkrankungen



Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- Haut und / oder Geschlechtskrankheiten
- HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- Osteoporose
- Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Arzt: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

- Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn ja, welche? _____

- Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche? _____

- Sind Sie z. Zt. schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Weitere administrativ wichtige Informationen:

Möchten Sie von uns per E-Mail erinnert werden? ja / nein

- Kontrolltermine
- Prophylaxe

E-Mail-Adresse: _____

Hinweis zum Pflegegrad:

Wir bitten Sie, Terminänderungen spätestens 24 Stunden vorher mit uns abzusprechen, da bei Nichteinhaltung Ihnen der Verdienstaufschlag in Rechnung gestellt werden muss.

Sehnde, den _____ Unterschrift _____