



**Folgende Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.**

## PATIENT

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Vers. Nr./Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel./Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

## VERSICHERUNG

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_  Privat: \_\_\_\_\_

## MITVERSICHERT BEI

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

## ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

### Herzerkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Unregelm. Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzschrittmacher
- Zustand nach Herzinfarkt
- Einnahme gerinnungshemmender  
Medikamente

### Infektionskrankheiten

- Leberentzündung  
(Hepatitis A, B, C)
- Tuberkulose
- HIV (Aids)

### Nervensystemerkrankungen

- Epilepsie
- Hirnschlag (Apoplexie)

### Kreislaufferkrankungen

- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck

### Allergien

- Ekzeme
- Penicillinüberempfindlichkeit
- Asthma
- Allergiepass vorhanden
- Medikamentenüberempfindlichkeit

### Stoffwechselerkrankungen

- Zuckererkrankung (Diabetes)
- Magen Darmerkrankungen
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

### Organerkrankungen

- Leber
- Nieren

### Kiefergelenk

- Geräusche
- Schmerzen

### Zahnfleisch

- Bluten
- Rückgang
- Mundgeruch (Halitosis)

### Sonstiges

- Rauchen
- Schwangerschaft
- reg. Medikamenten-  
Einnahme: **welche?**

---

---

---

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Gesundheitsfragen.**

Datum

Unterschrift