

Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung, benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Wir möchten Sie bitten, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sollten sich Änderungen Ihrer Daten oder Ihres Gesundheitszustandes ergeben, benachrichtigen Sie uns bitte rechtzeitig. Vielen Dank.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name, Vorname des Versicherten, falls abweichend _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____ Postleitzahl, Wohnort _____

Telefonnr. _____ Mobil _____ E-Mail _____

pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Name der Versicherung _____ Beihilfe Zusatzversicherung

Allgemeines

Name/ Anschrift Ihres Hausarztes _____

Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn Ja, welchen? _____

Allergien gegen Medikamente oder andere Stoffe? Nein Ja _____

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja _____

Erkrankungen

Hoher Blutdruck Nein Ja Schilddrüsenerkrankung Nein Ja

Niedriger Blutdruck Nein Ja Magen- / Darmerkrankung Nein Ja

Ohnmachtsneigung Nein Ja Diabetes Nein Ja

Herzerkrankung Nein Ja Gelbsucht / Hepatitis Nein Ja

Endokarditisprophylaxe Nein Ja A B C

Herzschrittmacher Nein Ja HIV / Aids Nein Ja

Blutgerinnungsstörung Nein Ja Tuberkulose Nein Ja

Lungenerkrankung Nein Ja Krebserkrankung Nein Ja

Asthma Nein Ja Mammakarzinom Nein Ja

Osteoporose Nein Ja Chemotherapie Nein Ja

haben/nehmen

Sie Bisphosphonate Nein Ja Künstliche Gelenke Nein Ja

Rheuma Nein Ja Antibiotika notwendig nach

Epilepsie Nein Ja einem chirurgischen Eingriff Nein Ja

Nierenerkrankung Nein Ja Alkohol / Drogenabhängigkeit Nein Ja

Einnahme regelmäßiger Medikamente _____

Wichtiger Hinweis

Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer örtlichen Betäubung im öffentlichen Straßenverkehr beeinträchtigt sein können.

Datum, Unterschrift: _____