

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Allgemeinerkrankungen?	Ja	Nein
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? (Medikamentenliste) Wenn ja: welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Unverträglichkeit von Medikamenten? Wenn ja: welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? (z.B. Marcumar, Aspirin, Heparin, Xarelto, Eliquis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Herzens (<input type="checkbox"/> Herzinfarkt, <input type="checkbox"/> Schlaganfall, <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher, <input type="checkbox"/> Bypassoperation, <input type="checkbox"/> künstl. Herzklappe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankung (<input type="checkbox"/> zu hoher / <input type="checkbox"/> zu niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung, Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis <input type="checkbox"/> A , <input type="checkbox"/> B , <input type="checkbox"/> C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- ,Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (z.B. Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma <input type="checkbox"/> / Rheuma <input type="checkbox"/> / Epilepsie <input type="checkbox"/> (Anfallsleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose (Kalkmangel) / Behandlung mit Bisphosphonaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transplantation / Gelenkprothesen z.B. Hüfte <input type="checkbox"/> , Knie <input type="checkbox"/> , Schulter <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien: _____ Allergiepass bitte vorlegen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Immunsystems z.B. <input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine <input type="checkbox"/> Strahlenbehandlung oder <input type="checkbox"/> Chemotherapie durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft? Woche dzt: _____ Geb. Termin: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen andere Krankheiten? Wenn ja: welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen? _____

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach § 615 BGB in Rechnung zu stellen.

Hinweise:

- Bitte teilen Sie uns jede Änderung umgehend mit!
- Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Bitte beachten Sie dies!

Datum, Unterschrift des Patienten, Erziehungsberechtigten bzw. Bevollmächtigten

Unsere Informationen zum Thema Datenschutz werden auf einer gesonderten Datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung ausführlich erläutert und Ihre Unterschrift eingefordert (gemäß DS-GVO).