

■ Liebe Patientin, lieber Patient.
Herzlich willkommen in
unserer Praxis!

Verschiedene Krankheiten
können Einfluss auf die
ärztliche Behandlung haben.
Deshalb benötigen wir
einige Angaben über Ihren
Gesundheitszustand. Bitte
beantworten Sie die Fragen
sorgfältig.

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Mein Zahnarzt ist: _____

Mein Hausarzt ist: _____ Krankenkasse _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis
aufmerksam geworden? _____

**Haben bzw. hatten Sie folgende Herz-/
Kreislaufkrankungen?**

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie zu hohen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neigen Sie zur Ohnmacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina Pectoris? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschwäche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rhythmusstörungen / Herzflimmern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher / Defibrillator? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entzündungen der Klappen / des Muskels? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine künstliche Herzklappe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stent / By-Pass? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Leiden Sie unter folgenden Blut- oder
Gefäßkrankungen?**

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Durchblutungsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Thrombosen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einnahme gerinnungshemmender (blutverdünnender) Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gerinnungsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Langes Bluten nach Verletzungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutungsneigung / Hämophilie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutarmut / Anämie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Haben Sie folgende Atemwegs-
oder Lungenerkrankungen?**

| | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Chronische Bronchitis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Medikation

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter:

| | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Diabetes / Zuckerkrankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magen- / Darmerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leberverhärtung / -zirrhose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenversagen / Dialyse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, bekommen Sie deshalb Medikamente / Infusionen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Metastasen / Tochtergeschwülsten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muskelerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis / Gelbsucht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magengeschwür? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien / Unverträglichkeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, unter welchen? | | |

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Infektionskrankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Immunschwäche / AIDS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden / Epilepsie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depressionen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angstzuständen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suchterkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glaukom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grünem Star/erhöhtem Augeninnendruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bösartige Erkrankungen? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Chemotherapie? Wenn ja, wann?

Bestrahlung?
Wenn ja, wann und welche Dauer?

Zustand nach Organtransplantation?
Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher
oder zahnärztlicher Behandlung?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

■ Bitte beschreiben Sie den
Grund Ihres Besuches in
unserer Praxis möglichst genau.

■ Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Über Veränderungen meiner Angaben innerhalb des Behandlungszeitraumes werde ich Sie umgehend informieren. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, mindestens 24h vorher, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können. Ich wünsche regelmäßige Informationen und Recall-Service durch die Praxis sowohl telefonisch als auch schriftlich per Mail. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

■ Vielen Dank für
Ihre Unterstützung!

Datum

Unterschrift