

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:	Geburtsdatum:	Hausarzt:
.....
Telefon-Nr:	E-Mail:	Beruf:
.....

	NEIN	JA	Wenn JA, welche
--	-------------	-----------	------------------------

Herz-Kreislaufkrankung z. B.: hoher/niedriger Blutdruck, Herzklappe, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher, Endokarditis, Stent, Bypass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung/Blutverdünnung z. B.: Marcumar, Clopidogrel, Pradaxa, Xarelto, Eliquis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber-/Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung/Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose/Bisphosphonattherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten z. B.: Hepatits, HIV, TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie, Bisphosphonate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen z. B.: Rheuma, Schilddrüse, Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie (Antibiotika, Lokalanästhesie, Latex, Sonstige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenteneinnahme/Medikamentenplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstpatient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegestufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn-Zusatzversicherung/Beihilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestätigung der Angaben durch meine Unterschrift

Datum, Unterschrift: