

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"/>
Private Krankenversicherung: Basistarif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestätigung der Angaben durch meine Unterschrift:

.....
Datum, Unterschrift