

Herzlich willkommen!

Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie Vorder- und Rückseite dieses Bogens vollständig aus. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte. Vielen Dank!

Ihr Name Vorname geb. am

Name, Vorname der/des Versicherten, falls abweichend geb. am

PLZ/Wohnort Straße, Hausnummer Telefon

Email Arbeitgeber

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

Name und Sitz der Krankenkasse pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert
 Beihilfe Zusatzversicherung nicht versichert

Sind Sie zur Zeit oder auch regelmäßig in ärztlicher Behandlung? Bei welchem Arzt, ggf. wegen welcher Erkrankung?

Allgemein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Seit wann?

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? am bei

Existieren Allergien gegen Medikamente/andere Stoffe? Nein Ja, gegen

Sind Sie schwanger? Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja, bis 10 Zigaretten/Tag über 10 Zigaretten/Tag

Trinken Sie Alkohol? Nein selten oft regelmäßig

Nehmen Sie Drogen? Nein selten oft regelmäßig

Erkrankungen

Hoher Blutdruck Ja Nein Grauer Star, Augenerkrankung

Niedriger Blutdruck Ja Nein Magen-/Darmerkrankung

Herzerkrankung Ja Nein Gelbsucht

Herzschrittmacher Ja Nein HIV

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein Hepatitis A, B oder C

Asthma Ja Nein Tuberkulose

Lungenerkrankung Ja Nein andere Infektionskrankheit

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Nierenfunktionsstörung Ja Nein

Ohnmachtsneigung Ja Nein