

Personalien

Patient _____ Geb. _____ Geb.-Ort _____
 Versicher.nehmer _____ Geb. _____
 Anschrift _____ Tel.: _____
 Hausarzt _____
 Krankenkasse _____

***freiwillige Angaben**

Arbeitgeber* _____ Tel*.: _____
 E-mail* _____

Allgemeinärztliche Anamnese

	ja	nein	
Neigen Sie zur Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche _____
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche _____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren- o. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche _____
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien / Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche _____
sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche _____

Infektionskrankheiten

Tuberkulose / MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immunmangel-Syndrom (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche _____
Medikamentenunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche _____

Für Patientinnen

Sind Sie schwanger Wenn ja wievielte Woche _____

falls Zahnersatz vorhanden geben Sie uns bitte das Jahr der Anfertigung an.

Datum _____ **Unterschrift:** _____

Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Zur Information

nicht abgesagte (versäumte) Termine werden von uns mit 100€ je Behandlungsstunde privat in Rechnung gestellt.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Information zur Kenntnis genommen habe.

Datum _____ **Unterschrift** _____

Dieser Fragebogen wird in Ihrer Patientenakte eingescannt und digitalisiert.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie dazu Ihre Zustimmung.