

Willkommen in unserer Praxis!

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
(Patient)

Straße, Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____

Tel. privat: _____ mobil: _____

Krankenkasse/Versicherung: _____ pflichtversichert freiwillig versichert
 privat versichert

Minderjährige oder familienversicherte Patienten

Name des Versicherten: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____

Pflegebedürftige Patienten

Besteht die Einstufung in einen Pflegegrad? Wenn ja, welcher: _____

Ihr Bevollmächtigter: _____

Medizinische Angaben

Für eine individuelle Behandlung benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten einige Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand.

Herz-/Kreislaufkrankung ja nein

Blutungsneigung/Blutgerinnungsstörung ja nein

Asthma/ Lungenerkrankungen ja nein

Anfallsleiden/Epilepsie ja nein

Osteoporose ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein

Lebererkrankung/Hepatitis ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Rheuma/Arthritis ja nein

HIV-Infektion/Immunschwäche ja nein

Strahlen-/Chemotherapie ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie ja nein

Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Andere: _____

Regelmäßige Medikamente:

Erinnerungsservice: Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden? ja nein

Hinweis: Alle Ihre Angaben unterliegen natürlich dem Datenschutz sowie der ärztlichen Schweigepflicht. Wir sind gesetzlich verpflichtet, bestimmte Daten über einen gewissen Zeitraum zu archivieren. Mehr dazu erfahren Sie auf Nachfrage von uns.

Datum: _____ Unterschrift: _____