

Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis und bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Patient Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Versicherter Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer.: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon geschäftl.: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Gesetzlich

Privat

Freiwillig gesetzlich versichert

Beihilfe

Private Zusatzversicherung

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

bitte wenden

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

	Nein	Ja	
Herz-, Kreislaufbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typ? _____
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, TBC, HIV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Nehmen Sie Medikamente (z.B. Blutverdünner, Beruhigungsmittel, Bisphosphonate)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Haben Sie eine Endoprothese (Gelenkersatz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie lange? _____
Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?			_____
Wann wurden Ihre Zähne zuletzt geröntgt?			_____
Kommen Sie auf Empfehlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durch wen? _____

Hinweise: Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Nach Injektionen kann Ihre Fahrtauglichkeit eingeschränkt sein! Bitte teilen Sie uns eventuelle Änderungen Ihres Gesundheitszustands beim nächsten Besuch mit.

Möchten Sie an Ihren halbjährlichen Untersuchungstermin erinnert werden?  Ja  Nein  
wenn ja:  per Email  per Brief

Starnberg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_