

## Erhebungsbogen über vorhandene Krankheiten

Um eine optimale Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Sie werden Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt und eventuell elektronisch gespeichert.

### Patient:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Versicherter:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

pflichtversichert     freiwillig versichert     privat versichert

**Anschrift:** \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. Privat \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. Gesch. \_\_\_\_\_ Handy-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### Arbeitgeber\*:

Firma \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ \*freiwillige Angaben

**Name und Anschrift Ihres Hausarztes:**

### Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt? Bitte ausfüllen oder ankreuzen

		ja	nein
<b>Herzerkrankungen:</b>	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kreislaufferkrankungen:</b>	zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen des Nervensystems:</b>	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	epileptiforme Anfälle/Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bluterkrankungen:</b>	Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien:</b>	Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überempfindlichkeit gegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Infektionskrankheiten:</b>	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AIDS, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Immunsystem:</b>	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>			
<b>Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?</b>			
<b>Weitere Angaben:</b>	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen/möchten Sie ein Röntgennachweisheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie schwanger? (Welcher Monat?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Patient/Versicherter