



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

herzlich Willkommen in unserer Praxisklinik! Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns den Ablauf in der Praxis erleichtern. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig! Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name, Vorname		Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	Wohnort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	Mobilfunk	eMail-Adresse
<input type="text"/>		
Krankenversicherung		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausärztin/-arzt	Zahnärztin/-arzt	Kieferorthopädin/-orthopäde

**Leiden Sie an...**

ja nein

ja nein

- ...Bluthochdruck?
- ...Herzschwäche?
- ...Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP?
- ...Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher?
- ...Asthma bronchiale?
- ...Lungenerkrankung?
- ...Nierenerkrankungen?
- ...Magen-, Darmerkrankungen?
- ...Lebererkrankungen?
- ...Hepatitis B, Hepatitis C?
- \_\_\_\_\_  
Welche?
- ...HIV, AIDS?
- ...Rheuma?
- ...Osteoporose?
- ...Schilddrüsenerkrankungen?
- ...Glaukom (Grüner Star)?
- ...Krampfanfällen, Epilepsie?
- ...Depressionen?
- ...Krebserkrankungen?
- \_\_\_\_\_  
Welche?
- ...Bestrahlungstherapie?
- ...Chemotherapie?
- ...Allergien?
- \_\_\_\_\_  
Welche?

- Haben sie ein Kunstgelenk?
- Hatten Sie bereits einen Schlaganfall?
- Bekommen Sie eine Dialyse?
- Haben Sie eine künstliche Herzklappe?
- Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?
- Rauchen Sie?
- Nehmen Sie Drogen?
- Sind Sie schwanger?
- Nehmen Sie Marcumar, ASS, Plavix?
- Nehmen Sie Bisphosphonate?
- Nehmen Sie sonstige Medikamente?
- \_\_\_\_\_  
Welche?

Datum

Unterschrift