

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

Gewicht \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Beruf bzw. Tätigkeit \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Wann wurden sie zuletzt geimpft gegen Tetanus – Diphtherie - Polio ? \_\_\_\_\_ Rauchen Sie ? \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Bestehen bei Ihnen Allergien z.B. Medikamente, Heuschnupfen? \_\_\_\_\_

**Eigene Vorerkrankungen**

	Ja	?	Nein
Stirnhöhlen-Kieferhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engegefühl in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magengeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht oder Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenbeckenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern, Thrombose, Embolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wann und Woran?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Hatten Sie Krankheiten, nach denen wir noch nicht gefragt haben? Wenn ja, welche?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche ?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Gab es in Ihrer Familie folgende Krankheiten?**

	Ja	?	Nein
Hoher Blutdruck o. Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gegenwärtige Beschwerden/Anliegen/Fragen:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Übertragung von Daten per Email**

Wir weisen daraufhin, dass hinsichtlich der Datenübertragung via Internet (z.B. per Email) kein ausreichender Datenschutz gewährleistet ist. Wir raten deshalb grundsätzlich bei sensiblen Patientendaten von der Email-Nutzung ab. Sollten Sie dennoch diesen Weg gehen wollen, müssen Sie dies nun per Unterschrift erklären: Ich wünsche ausdrücklich, das meine Patientendaten per Email übertragen werden sollen.

Ja  \_\_\_\_\_ Nein   
 Unterschrift

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden**

Empfehlung \_\_\_\_\_ Internet oder Anderes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort Datum Unterschrift**