



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bedanken uns für das Vertrauen, das Sie uns durch Ihren Besuch entgegenbringen. Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben, die wir selbstverständlich vertraulich behandeln. Bitte informieren Sie uns, falls sich Änderungen ergeben sollten.

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenversicherung: _____

Beihilfeberechtigt: _____ Zusatzversicherung: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Bei Familienversicherten oder bei Minderjährigen bitte Angaben des Versicherten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Leiden Sie an (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Allergien/Arzneimittelunverträglichkeiten?
- Infektionskrankheiten (TBC, HIV, Hepatitis A/B/C)?
- Schilddrüsenerkrankung? Nierenerkrankung?
- Ohnmachtsneigung? Blutgerinnungsstörungen?

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufferkrankungen? | <input type="checkbox"/> Asthma? |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie? | |
| <input type="checkbox"/> Rheuma? | <input type="checkbox"/> Glaukom? |
| <input type="checkbox"/> Diabetes? | |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Herzschrittmacher? | |
| <input type="checkbox"/> Benötigen Sie eine Endokarditis-Prophylaxe? | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen | |
-

- besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? _____
- Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Zahn-/Kieferbereich geröntgt worden?
- Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (Aspirin/Marcumar)?
- Nehmen Sie andere Medikamente? _____
- Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? _____

Empfehlung von : _____ Überweisung von : _____

Recall-Service:

Um unseren Patienten die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem Recall-Service an. Sie werden von uns halbjährlich angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern.

- ja nein

Datum _____

Unterschrift _____