

Gesundheitsfragebogen

Vorname		Name	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Straße		PLZ	Ort
Versicherung	<input type="radio"/> Privat <input type="radio"/> Gesetzlich <input type="radio"/> Selbstzahler	Beruf	
Telefon privat	E-Mail-Adresse	Mobilnummer	

Um Ihre Termine zu bestätigen oder Sie in Notfällen zu erreichen, benötigen wir zwingend Ihre Mobilnummer und E-Mail Adresse. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?

Hoher Blutdruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Epilepsie	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzoperation	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Asthma/Lungenerkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Grüner Star (Glaukom)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzklappenersatz	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Tumor/Krebserkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Endokarditis	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Hepatitis C (Gelbsucht)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Immunschwäche (HIV)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Osteoporose	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Allergie:	_____
Diabetes	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein?

Marcumar/Plavix/Xarelto	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Bisphosphonate	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Tablette o. Spritze bei Osteoporose o. Brustkrebs (z.B. Denosumab, Zoledronat)
Herz Ass (Aspirin 100)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Sonstige	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	_____

Medikamenten Unverträglichkeiten: _____

Anästhesie (Spritze) Unverträglichkeiten: _____

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viele täglich? _____

Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Ich bin damit einverstanden in Ihr Recallsystem aufgenommen zu werden, per SMS oder Mail: ja nein

Hinweis zur Einhaltung von Terminen

Wir sind eine Bestellpraxis und immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine, falls Sie verhindert sind, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Ihnen sonst entstandene Ausfallkosten in Rechnung gestellt werden, gemäß dem BGB § 615.

Konstanz, den	Unterschrift
---------------	--------------