

## Gesundheitsfragebogen

Vorname		Name	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Straße		PLZ	Ort
Versicherung	Basis/Standardtarif ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	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	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Bisphosphonate	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Tablette oder Spritze bei Osteoporose oder Brustkrebs
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

Ort	Datum	Unterschrift: Vorname, Name
-----	-------	-----------------------------