

# Personaldaten- und Gesundheitsfragebogen

## Persönliche Daten

Anrede \*

Herr  Frau

Vorname \*

Nachname \*

Geburtsdatum \*

Telefon privat \*

Telefon geschäftlich

Email \*

Straße, Hausnummer \*

PLZ \*

Ort \*

FAX

Beruf

## Bei Kindern

Name des Hauptversicherten

Geburtsdatum des Hauptversicherten

Vorname des Hauptversicherten

## Ggf. alternative Rechnungsanschrift

Straße, Hausnummer

Ort

PLZ

## Wie sind Sie versichert?\*

Privat

Selbstzahler

Gesetzlich

Bitte Gesellschaft eintragen

Zu wie viel Prozent beihilfeberechtigt?

Bitte Krankenkasse eintragen

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet  Empfehlung:

Tragen Sie hier die Empfehlung ein, durch welche Sie auf uns aufmerksam geworden sind

# Personaldaten- und Gesundheitsfragebogen

## Was ist der Grund Ihres Besuchs?\*

- Vorsorge     Nachsorge     Ambulante Operation     Beschwerden

Beschwerden

Tragen Sie bitte hier Ihre Beschwerden ein

## Wichtige Erkrankungen und Vorgeschichte

### Akute oder Chronische Herz- oder Kreislauferkrankungen \*

- Akute Erkrankung     Chronische Erkrankung     Keine Erkrankung

### Besteht eine Blutungsneigung? \*

- Ja     Nein

### Für Frauen: Könnte eine Schwangerschaft vorliegen? \*

- Ja     Nein

### Liegt eine Infektionskrankheit vor? (HIV, Hepatitis, Tuberkulose) \*

- Ja     Nein

Wenn ja, welche

### Sind internistische Erkrankungen bekannt? (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Gicht) \*

- Ja     Nein

Wenn ja, welche

### Liegen bekannte Allergien gegen Medikamente vor? \*

- Ja     Nein

Wenn ja, welche

## Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?\*

- Ja     Nein

Wenn ja, bitte Name des Medikaments, Stärke und Dosierung eintragen

## Sind Sie schon einmal operiert worden?\*

### Sind Sie schon einmal operiert worden?\*

- Ja     Nein

Wenn ja, bitte Art der OP und Jahr eingeben

### Gab es Komplikationen? \*

- Ja     Nein

Wenn ja, welche?