

Liebe/r Patient/in,

Bitte füllen Sie diesen **Gesundheitsfragebogen** aus, er dient Ihrer und unserer Sicherheit.

Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name

Vorname

Geburtstag

Die folgenden Angaben helfen uns deutlich bei der Behandlung sowie beim Praxisablauf und werden ausschließlich dafür verwendet. Bitte beachten Sie unsere Datenschutzinformationen, die Sie in unserer Praxis als Aushang oder auf unserer Homepage finden. Sie können die Einwilligung jederzeit widerrufen.

Bitte geben Sie die Ihnen bekannten Erkrankungen und Medikamente sehr sorgfältig an. **Danke.**

Herz:		Kreislauf:	
Blutdruck	◇niedrig ◇ normal ◇ hoch	Angina Pectoris	◇ ja ◇nein
Zustand nach Infarkt	◇ ja ◇ nein	Schlaganfall	◇ ja ◇ nein
Herzinsuffizienz	◇ ja ◇ nein	Durchblutungsstörungen	◇ ja ◇ nein
Herzmuskelentzündung	◇ ja ◇ nein	Blutarmut	◇ ja ◇ nein
Verengung Herzkranzgefäße	◇ ja ◇ nein	Bluter	◇ ja ◇ nein
Rhythmusstörungen	◇ ja ◇ nein	Atemwege/Lunge:	
Bypass-Operation	◇ ja ◇ nein	Asthma	◇ ja ◇ nein
Herzklappenersatz	◇ ja ◇ nein	Bronchitis	◇ ja ◇ nein
Blutverdünnende Med.	◇ ja ◇ nein	COPD	◇ ja ◇ nein
Schrittmacher	◇ ja ◇ nein	Magen/Darm/Blase/Niere:	
Raucher/in	◇ ja ◇ nein	Magenerkrankungen	◇ ja ◇ nein
Bewegungsapparat:		Darmerkrankungen	◇ ja ◇ nein
Rheuma	◇ ja ◇ nein	Blasenerkrankungen	◇ ja ◇ nein
Arthritis	◇ ja ◇ nein	Nierenerkrankungen	◇ ja ◇ nein
Gicht	◇ ja ◇ nein	Dialyse	◇ ja ◇ nein
zentrales- und vegetat. Nervensystem:		Stoffwechsel:	
epileptische Anfälle	◇ ja ◇ nein	Diabetes (Zuckerkrankheit)	◇ ja ◇ nein
Migräne	◇ ja ◇ nein	Schilddrüsenüberfunktion	◇ ja ◇ nein
weitere Erkrankungen:		Schilddrüsenunterfunktion	◇ ja ◇ nein
Haut/Geschlechtskrankheiten	◇ ja ◇ nein	Skelett:	
HIV (AIDS), Tuberkulose	◇ ja ◇ nein	Osteoporose	◇ ja ◇ nein
Tumorerkrankungen	◇ ja ◇ nein	Bisphosphonattherapie	◇ ja ◇ nein
Bestrahlung, Chemotherapie	◇ ja ◇ nein		
Allergien (z.B. Latex, Titan)	◇ ja ◇ nein		

Sonstige Erkrankungen/Allergien? _____

Regelmäßige Medikamente ◇ nein ◇ ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Medikamentenplan? ◇ ja ◇ nein

Unverträglichkeiten von Medikamenten? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ◇ ja ◇ nein

SSW: _____
(Schwangerschaftswoche)

Hiermit **entbinde** ich Dr. Heeren & Herrn Dr. Kreuzer von der **Schweigepflicht** gegenüber weiterbehandelnden Ärzten und Krankenkassen um Behandlungsberichte und Röntgenbilder zur Weiter- und Nachbehandlung zu übersenden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, mit einem Ausfallhonorar in Rechnung stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum _____

Unterschrift _____