

Liebe(r) Patient(in),

wir möchten uns für Ihr Vertrauen bedanken. Um Sie noch besser behandeln zu können, ist es jedoch notwendig, einige wichtige Informationen zu erfragen. Sie helfen uns damit, etwaige gesundheitliche Risiken von Anfang an zu vermeiden. Daher ist es wichtig, dass Sie uns wahrheitsgemäß antworten. Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben streng vertraulich behandelt. Sollten Ihnen einige Punkte unklar sein, sprechen Sie uns bitte darauf an. Vielen Dank !

Name	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
Mobiltelefon	
Email Adresse	
Beruf	
Arbeitgeber	
Hausarzt	
Blutgerinnungsstörung ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nehmen Sie eines oder mehrere der folgenden Medikamente ?	
ASS	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Marcumar	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Insulin Tabletten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Insulin Spritze	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nehmen Sie andere Medikamente regelmäßig ein ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche :	
Werden Sie wegen Osteoprose behandelt ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Rauchen Sie ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, wieviel am Tag :		
Haben Sie eine Augenkrankheit ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche :		
Haben Sie eine Allergie ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, gegen was :		
Gab es nach einem zahnärztlichen Eingriff bei Ihnen schon einmal Komplikationen ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche :		
Leiden Sie unter Herz-Kreislaferkrankungen ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind Sie schwanger ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie unter einer Infektionskrankheit ? z.B: Hepatitis, Aids, Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche :		

Vielen Dank für Ihre Angaben. Sollte sich etwas ändern, bitten wir Sie, uns dies umgehend mitzuteilen. Mit Angabe Ihrer Email Adresse erklären Sie sich einverstanden, Informationen unserer Praxis auf digitalem Weg zu erhalten. Selbstverständlich können Sie jederzeit dem Erhalt dieser Informationen widersprechen. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und unter keinen Umständen an Dritte weitergegeben.

Gerne erinnern wir Sie im Rahmen unseres Recallprogramms an Ihre Termine, wie z.B. Routineuntersuchungen oder Prophylaxe.

Sollten Sie noch Fragen haben, helfen Ihnen unsere Mitarbeiter(innen) gerne weiter.

Datum

Unterschrift Patient

Wir danken herzlich für Ihre Mitarbeit !
Ihr Praxisteam