

Allgemein

Ich bin ein **Angstpatient**

ja nein

Ich neige zu **Ohnmacht**

ja nein

Es besteht eine **regelmäßige Medikamenteneinnahme**

ja nein

Welche Medikamente?

Es besteht eine **Allergie** oder **Unverträglichkeit**

ja nein

Seit wann?

Gegen welche Stoffe oder Medikamente?

Regelmäßiger Konsum von

Anditdepressiva

Tabak

Alkohol

Drogen

Es besteht eine **Schwangerschaft**

ja

nein

Voraussichtlicher Geburtstermin

Erkrankungen

Herzerkrankung

niedriger / hoher Blutdruck

Herzschrittmacher

Herzinfarkt, wann _____

Herzinsuffizienz

Blutgerinnungsstörung

sonstige Bluterkrankung

Schlaganfall, wann _____

Krebserkrankung

in Strahlen-/Chemo-Therapie

immunsuppressive Erkrankung / Gelenkersatz

HIV / AIDS-Infektion

Lebererkrankung, Gelbsucht A B C

Diabetes Mellitus, Typ 1 Typ 2

Schilddrüsenüberfunktion, -unterfunktion

Magen-Darmerkrankung

Lungenerkrankung / Asthma

Nierenfunktionsstörung

Epilepsie _____

Rheuma

andere Erkrankung:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Ich teile meiner Praxis auch künftig Änderungen meiner Adresse, meiner Versicherung und meines Gesundheitszustandes mit. Die Aktualisierung dieses Fragebogens erfolgt alle zwei Jahre.

Termine müssen mindestens 48 Stunden vorher abgesagt werden, ansonsten hat die Praxis gemäß §§ 611,615 BGB den Anspruch auf Ersatz des Ausfallschadens. Ich bin darüber informiert, dass eine Stunde mit 150,00 EUR berechnet wird.

Datum

Unterschrift Patient