

### Herzlich Willkommen !

Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie Vorder- und Rückseite des Bogens vollständig aus. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte. Vielen Dank.

---

Ihr Name	Vorname	Geb.-Datum
----------	---------	------------

---

Name, Vorname der/des Versicherten (falls abweichend)	Geb.-Datum
---	------------

---

PLZ/ Wohnort	Straße / Hausnummer	Krankenkasse
--------------	---------------------	--------------

---

Telefon	Handy	E-Mail
---------	-------	--------

---

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

---

Sind Sie zurzeit oder auch regelmäßig in ärztlicher Behandlung? Wenn ja bei welchem Arzt, ggf. wegen welcher Erkrankung?

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:**

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Infektionserkrankungen:**

	Ja	Nein
HIV/Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Weitere Erkrankungen:**

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankung (Krebs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenfunktionsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Augenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

---

Wenn ja welche? (z.B. grüner Star, grauer Star, Engwinkelglaukom)

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

	Ja	Nein		Ja	Nein
Lokalanästhetika/Betäubungsspritzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Latex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotika/Penicillin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jod	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
			andere?		

---

**Sonstiges:**

	Ja	Nein	
Leiden Sie besonders häufig unter Kopf- und Gesichtsschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hatten Sie einen Unfall oder eine OP im Kopfbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

---

**Medikamente:**

	Ja	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welches? (z.B. ASS/Aspirin, Marcumar, Eliquis, Xarelto, Ticlopidin, Clopidogrel?) _____		
Andere? _____		
Nehmen Sie Bisphosphonate (Knochenaufbaupräparate) ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welches? (z.B. Prolia, Etidron, Zometa, Aclasta, Aredia, Bondronat, Boniva, Fosamax, Actonel?) _____		
Andere? _____		
Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie?		

---

---

Andere wichtigen Informationen für uns?

---

---

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

---

Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten