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	O	O
Niedriger Blutdruck	O	O
Herzklappenerkrankung	O	O
Herzerkrankung	O	O
Herzschrittmacher	O	O

Infektionserkrankungen:

	Ja	Nein
HIV/Aids	O	O
Hepatitis	O	O
Tuberkulose	O	O
Andere	O	O

_____

Weitere Erkrankungen:

	Ja	Nein
Asthma	O	O
Diabetes	O	O
Tumorerkrankung (Krebs)	O	O
Osteoporose	O	O
Blutgerinnungsstörungen	O	O
Schilddrüsenerkrankung	O	O

	Ja	Nein
Epilepsie	O	O
Ohnmachtsneigung	O	O
Nierenfunktionsstörung	O	O
Rheuma	O	O
Augenerkrankung	O	O

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

Allergien / Unverträglichkeiten:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Lokalanästhetika/Betäubungsspritzen	O	O	Latex	O	O
Antibiotika/Penicillin	O	O	Jod	O	O
Schmerzmittel	O	O			

andere? _____

Sonstiges:

	Ja	Nein	
Leiden Sie besonders häufig unter Kopf- und Gesichtsschmerzen?	O	O	
Hatten Sie einen Unfall oder eine OP im Kopfbereich?	O	O	
Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche?	O	O	____

Medikamente:

	Ja	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	O	O
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	O	O

Wenn ja, welches? (z.B. ASS/Aspirin, Marcumar, Eliquis, Xarelto,

Ticlopidin, Clopidogrel?) _____

Andere? _____

	Ja	Nein
Nehmen Sie Bisphosphonate (Knochenaufbaupräparate) ein?	O	O

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?

_____

_____

Falls Sie ihren Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte 24 Stunden vorher ab. Ansonsten behalten wir uns vor, den Termin in Rechnung zu stellen.

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

_____

Datum Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten