

Gesundheitsfragebogen

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

PLZ

Ort

Versicherung

Basis/Standardtarif ja nein

Beruf

Telefon privat

Email-Adresse

Mobilnummer

Um Ihre Termine zu bestätigen oder Sie in Notfällen zu erreichen, benötigen wir zwingend Ihre Mobilnummer und E-Mail Adresse. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?

Hoher Blutdruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Diabetes	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Epilepsie	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzoperation	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Asthma/Lungenerkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Grüner Star (Glaukom)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzklappenersatz	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Tumor/Krebserkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Endokarditis	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Hepatitis C (Gelbsucht)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Immunschwäche (HIV)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Osteoporose	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Allergie: _____	

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein?

Marcumar/Plavix ja nein

Bisphosphonate: Tablette oder Spritze bei Osteoporose
oder Brustkrebs ja nein

Herz Ass ja nein Sonstige: _____

Medikamenten Unverträglichkeiten: _____

Anästhesie (Spritze) Unverträglichkeiten: _____

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viele täglich? _____

Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Ich bin damit einverstanden in Ihr Recallsystem aufgenommen zu werden, per SMS o. Mail.
ja nein

Konstanz, den _____

Unterschrift Vorname, Name