

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____



= JA (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Herz/Kreislauf:

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Rhythmusstörungen
- Herzschwäche
oder _____

Gefäße:

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- Thrombosen
oder _____

Atemwege/Lunge:

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Chronische Bronchitis
- Lungenblähung
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?
oder _____

Leber:

- Gelbsucht
- Leberverhärtung
- Fettleber
- Gallensteine
- Hepatitis A B C
oder _____

Magen/Darm:

- Geschwür
- Engstelle
- Verdauungsstörung
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
oder _____

Stoffwechsel:

- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Kropf
oder _____

Skelettsystem:

- Gelenkerkrankungen
- Rückenbeschwerden
- Bandscheibenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie
oder _____

Knochen:

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?(z.B. bei Osteoporose)
Wann? _____
Mit welchem Präparat? _____

Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
oder _____

Augen:

- Grüner Star
- Grauer Star
- Starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit
oder _____

Blut:

- Gerinnungsstörungen
- auch bei Blutsverwandten
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne bzw. nach leichter Berührung
- Nachbluten nach Operationen
oder _____

Nieren:

- Dialysepflicht
- Niereninsuffizienz
- Nierensteine
oder _____

Allergie /Überempfindlichkeit:

- Heuschnupfen
- Nahrungsmittel
- Fruchtzucker
- Medikamente
- Jod
- Pflaster
- Latex
oder _____

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS
oder _____

Sind sie schwanger?

- Ja: SSW _____

Andere Erkrankungen oder Behinderungen?**Rauchen Sie? Wie viel Durchschnittlich?****Trinken Sie regelmäßig Alkohol?****Gerinnungshemmende Medikamente:**

- Aspirin
- ASS
- Marcumar
- Ticlopidin
- Plavix/Clopidofrel
- Pradaxa
- Xarelto
- Eliquis
- Aggrenox
- Efiect
oder _____

Regelmäßige Medikamente:

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- „Antibabypille“
- Psychopharmaka
- Antidiabetika
oder _____

Aktualisiert am:

RÜCKSEITE 

Mein Hausarzt: _____

Sind sie damit einverstanden, dass wir Sie kontaktieren, falls Sie noch keine jährliche Vorsorgeuntersuchung (Bonus) hatten?

- Ja
- Nein

Wenn Ja, auf welchem Weg möchten Sie kontaktiert werden?

Auch zur Terminerinnerung vor längeren Sitzungen (z.B. professionelle Zahnreinigung, Präparation)

- Handy : _____
- Festnetz: _____
- Arbeit: _____
- E-Mail: _____

Die aktuelle Datenschutzerklärung liegt zur Einsicht im Wartezimmer aus, wir bitten Sie, diese zur Kenntnis zu nehmen.

Da wir eine Bestellpraxis mit in der Regel kurzen Wartezeiten sind, behalten wir uns das Recht vor, für nicht oder kurzfristig (weniger als 24h vorher) abgesagte Termine ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben mit dem heutigem Datum und Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift