

## Patientenauskunft zum aktuellen Gesundheitsstand

Patient: Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_

versichert über: Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie versichert?  gesetzlich  freiwillig  Zusatzvers.  privat  Beihilfe  Basistarif

Um bei Ihrer Behandlung alle Risiken einschätzen zu können und für Sie die optimale Therapie zu wählen, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Die Bestimmungen des Datenschutzes werden selbstverständlich eingehalten.

### Ich leide an folgenden Erkrankungen:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien .....                           | <input type="checkbox"/> Asthma / Atemwegserkrankung         | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung .....   |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                         | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                       | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck    |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung                          | <input type="checkbox"/> Blutgerinnung/störung               | <input type="checkbox"/> Diabetes .....         |
| <input type="checkbox"/> HIV Infektion/AIDS                        | <input type="checkbox"/> Leber/Hepatitis .....               | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung ..... |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                               | <input type="checkbox"/> Rheuma                              | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose      |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                                 | <input type="checkbox"/> Stoffwechsel .....                  | <input type="checkbox"/> Schilddrüse .....      |
| <input type="checkbox"/> Tumor/Krebs .....                         | <input type="checkbox"/> Down-Syndrom                        | <input type="checkbox"/> Spastiken              |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                                 | <input type="checkbox"/> Medikamentenunverträglichkeit ..... |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: .....              |  |   |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme folgende Medikamente ein: ..... |  |   |

Nur für Frauen:  ich bin schwanger  ungewiss, ob eine Schwangerschaft besteht

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Falls sich mein Gesundheitszustand ändert, teile ich Ihnen umgehend mit.

Datum, Unterschrift .....