

## ZU IHRER PERSON

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Wohnort
_____	_____	_____
E-Mail	Telefon	Mobil
_____		
Krankenkasse / Versicherung		

---

## WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum

---

## WER IST IHR HAUSARZT?

_____	_____	_____
Name	Ort/PLZ	Telefon

---

## ZU IHRER GESUNDHEIT

	JA	NEIN	ANMERKUNG
Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen? z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen? z.B. Leberverhärtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungen- oder Atemwegserkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kreislauf- und Gefäßleiden? Durchblutungsstörungen, hoher oder niedriger Blutdruck, Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankungen? z.B. Steine, Nierenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stoffwechselerkrankungen? z.B. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	JA	NEIN	ANMERKUNG
Schilddrüsenerkrankungen? z.B. Kropf, Über-/Unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nervenleiden? z.B. Lähmungen, Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gemütsleiden? z.B. Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten? z.B. Hepatitis, HIV, MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muskelerkrankungen und Muskelschwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? z.B. Marcumar, ASS, Plavix, Xarelto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bisphosphonate? z.B. Zometa, Fosamax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutdrucksenkende Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie Tumore? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Für Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

---

## IN EIGENER SACHE

	JA	NEIN
Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		
Empfehlung <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>	Facebook <input type="checkbox"/>
Sonstiges _____		

### Ort, Datum und Unterschrift\*

\*Ich bin mit meiner Unterschrift einverstanden, dass Dr. D. Tandon als Rechtsnachfolger von Dr. T. Arlt auf meine Patientendaten (sofern vorhanden) zugreifen darf.