

**ZU IHRER PERSON**

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

---

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

|                    |         |              |
|--------------------|---------|--------------|
| _____              | _____   | _____        |
| Name               | Vorname | Geburtsdatum |
| _____              |         |              |
| Zusatzversicherung |         |              |

---

**ZU IHRER GESUNDHEIT**

|                                 |   |       |
|---------------------------------|---|-------|
|                                 | JA NEIN   |       |
| Haben Sie einen Hausarzt?       |   |       |
| Wenn ja, bitte Name und Telefon | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ |
| Haben Sie eine Pflegestufe?     |   |       |
| Wenn ja, welcher Grad           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ |

---

**LEIDEN ODER LITTEN SIE AN ERKRANKUNGEN FOLGENDER ORGANE?**

|                               |   |                                 |   |
|-------------------------------|---|---------------------------------|---|
|                               | JA NEIN   |                                 | JA NEIN   |
| <b>Herz</b>                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <b>Blutgerinnungsstörungen?</b> |   |
| Zustand nach Infarkt          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ASS                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Muskelentzündung              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Marcumar                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Verengung der Herzkranzgefäße | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Plavix                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Rhythmusstörungen             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Xarelto                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Bypassoperation               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                 |   |
| Herzklappenersatz             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <b>Leber</b>                    |   |
| Schrittmacher                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hepatitis                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Angina pectoris               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Leberverhärtung                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

|                               | JA                       | NEIN                     |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Allergien</b>              |                          |                          |
| Penicillin-Allergie           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Latex-Allergie                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diclofenac Unverträglichkeit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hausstaub-Allergie            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gräser/Pollen-Allergie        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nickel-Allergie               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Nieren</b>                 |                          |                          |
| Nierenerkrankung/-entzündung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierensteine                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bisphosphonate</b>         |                          |                          |
| Zometa                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fosamax                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Zentrales Nervensystem</b> |                          |                          |
| epileptische Anfälle          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lähmungen                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bewegungsapparat</b>       |                          |                          |
| Rheuma                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gicht                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                 | JA                       | NEIN                     |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Kreislauf</b>                |                          |                          |
| Bluthochdruck                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| niedriger Blutdruck             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Thrombose                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Atemwege/Lunge</b>           |                          |                          |
| Asthma                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bronchitis                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| COPD                            |                          |                          |
| <b>Stoffwechsel</b>             |                          |                          |
| Diabetes                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenüberfunktion        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenunterfunktion       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Vegetatives Nervensystem</b> |                          |                          |
| Depressionen                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Infektionskrankheiten</b>    |                          |                          |
| Hepatitis A                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis B                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis C                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MRSA                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?<br>Wenn ja, welche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie regelmäßig<br>Medikamente ein?<br>Wenn ja, welche?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie z.Zt. schwanger?<br>Wenn ja, in welchem Monat?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

## IN EIGENER SACHE

|   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden? Wenn ja, wie?<br>Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?<br>Empfehlung von <input type="checkbox"/> _____ Instagram <input type="checkbox"/> facebook <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Jameda <input type="checkbox"/> |                          |                          |

---

### Ort, Datum und Unterschrift\*

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