



Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Patient

Name

Vorname Titel

Geburtsdatum,-ort

Anschrift

.....

Telefon privat mobil

Telefon dienstlich mobil

E-Mail

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung? Nein Ja

Behandelnder Arzt

Name

Ort Telefon

Versicherter übereinstimmend mit Patient

Name

Vorname Titel

Geburtsdatum,-ort

Anschrift

.....

Telefon privat mobil

Telefon dienstlich mobil

E-Mail

Zusatzversicherung

Nein Ja

Terminerinnerungsservice

Ist eine Terminerinnerung gewünscht? Ja Nein

Bestehen oder bestanden Erkrankungen? Nein

- des Herzens
- des Kreislaufs
- Zustand nach OP/Infektion
- Krebs
- Diabetes

Haben Sie Allergien? Nein

- gegenüber Medikamenten, welche?
- sonstige Allergien

Haben Sie Infektionserkrankungen, z.B. TBC, HIV, Hepatitis?

- Nein
- Ja, welche?

Weitere gesundheitliche Merkmale

Nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit Medikamente ein?

Nein Ja, welche?

.....

.....

Bei Osteoporose: haben Sie schon einmal eine Bisphosphonat-Therapie erhalten?

Nein Ja

Besteht eine Schwangerschaft?

Nein Ja, im Monat

Weitere Änderungen meines Gesundheitszustandes

.....

.....

.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift