

Patientenbogen



Patientenname: _____ Geb.Datum: _____
Versichertenname: _____ Geb.Datum: _____
Adresse: _____
Beruf: _____ Tel. Privat: _____
Arbeitgeber: _____ Telefon: _____
Hausarzt: _____ Mobil: _____
Krankenkasse: _____ E-Mail: _____
Zahnzusatz-Versicherung: _____

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
Herzasthma, Angina pectoris
Herzschrittmacher/Herzklappe
Haben Sie einen Herzpass?

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)
Magen-Darm-Erkrankungen
Schilddrüsenerkrankungen

Bluterkrankungen:

Blutungsneigungen (Hämophilie)
Blutarmut (Anämie)

Allergien:

Ekzeme
Penicillin-Überempfindlichkeit
Asthma
Besitzen Sie einen Allergiepass?
Überempfindlichkeit
gegen _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? _____

Weitere Angaben:

Sind oder waren Sie drogenabhängig?
Sind Sie frisch operiert worden?
Wann wurden Sie zum letzten Mal
geröntgt? _____

Kreislaufferkrankungen:

zu hoher Blutdruck
zu niedriger Blutdruck
Herzinfarkt, wann? _____
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente
Ohnmachtsanfälle

Erkrankungen des Nervensystems:

epileptiforme Anfälle/Krämpfe

Immunsystem:

Leiden Sie unter Erkrankungen d. Immunsystems?
Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten:

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)
Tuberkulose
chronische Erkrankungen der Atemwege
AIDS, HIV

Haben Sie einen Schlaganfall erlitten?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

Empfohlen durch: _____ Internet Sonstiges: _____

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

Datum

Unterschrift des Patienten