

## Patientenerhebungsbogen

<input type="text"/>	
Krankenkasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versichert mit	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon geschäftlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitgeber	
<input type="text"/>	
Hausarzt	

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau

Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Diabetes/Zuckerkrankheit	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Allergien/Unverträglichkeiten</b>
Herzklappenfehler	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Herzklappenersatz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Tumor-/Krebserkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Herzoperationen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Asthma/Lungenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

Schwangerschaft	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welcher Monat	<input type="text"/>
Wurden bereits von Ihnen Röntgenbilder gemacht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, wann	<input type="text"/> und wovon <input type="text"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche	<input type="text"/>

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet  Hausarzt  Empfehlung  Telefonbuch

Ich erkläre mich mit der elektronische Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Datum

Unterschrift