

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
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	Leber		
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
Allergien		
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"/>
Nieren		
Nierenerkrankung/-entzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonate		
Zometa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fosamax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zentrales Nervensystem		
epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsapparat		
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Kreislauf		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwege/Lunge		
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD		
Stoffwechsel		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetatives Nervensystem		
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten		
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? Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie z.Zt. schwanger? 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? 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? 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. med. dent H.-Ch. Köhler auf meine Patientendaten (sofern vorhanden) zugreifen darf.