



## Erhebungsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir bitten Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen, um unsere Behandlung entsprechend Ihres Gesundheitszustandes durchführen zu können.

(Alle Informationen unterliegen der ärztl. Schweigepflicht, und werden streng vertraulich behandelt)

### Patient:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.privat: \_\_\_\_\_

Tel.mobil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Mitglied / Zahlungspflichtiger

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.privat: \_\_\_\_\_

Tel.mobil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse / Versicherung:** \_\_\_\_\_

( Privat versichert: Im Basis-Tarif  Nicht im Basis-Tarif  Beihilfeberechtigt  )

**Überweisender Arzt / Zahnarzt:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten? ( Zutreffendes bitte ankreuzen )

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck                     | <input type="checkbox"/> Epilepsie                          |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck                    | <input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankungen             |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche(Insuffizienz)             | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen                 |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen          |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris                        | <input type="checkbox"/> Gelbsucht ( Hepatitis A, B oder C) |
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt               | <input type="checkbox"/> HIV+ / Aids                        |

- Herzschrittmacher
  - künstliche Herzklappe
  - Herzfehler
  - Zuckerkrankheit
  - Osteoporose (bitte Medikation angeben)
  - Schilddrüsenerkrankung
  - Allergien (bitte angeben, welche)
  - Asthma
  - Blutungsneigung (Hämophilie)
- Medikamente, die Sie einnehmen:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Für weibliche Patienten:  
Besteht eine Schwangerschaft?  
 Ja  
 Nein

Andere Erkrankungen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verraten Sie uns noch, wie Sie auf uns aufmerksam wurden? \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Patient / Erziehungsberechtigter