

Anmeldung mit Gesundheitsfragebogen

Name: _____ Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
 Vorname: _____ Name: _____
 Geburtsdatum: _____ Vorname: _____
 Adresse: _____

 Tel. Privat: _____ Geburtsdatum: _____
 Mobiltelefon: _____ abweichende Rechnungsadresse?
 Tel. Arbeitsplatz: _____ Name: _____
 _____ Adresse: _____
 Krankenkasse: _____ Sind Sie Beihilfeberechtigter? ja / nein
 pflichtversichert: ja / nein Haben Sie einen PKV-Basistarif? ja / nein

Wer hat uns empfohlen? _____
 Weswegen begeben Sie sich in Behandlung bei uns? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche _____
 Waren Sie vor kurzem in **ärztlicher** Behandlung? _____ ja / nein
 Ihr Hausarzt/behandelnder Arzt ist: _____
 Nehmen Sie Medikamente, welche? _____ ja / nein
 Haben Sie einen Allergiepass? _____ ja / nein
 Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? _____ ja / nein
 Haben Sie Gerinnungsstörungen? _____ ja / nein
 Haben Sie eine Herzerkrankung (Klappenersatz, Infarkt, Herzfehler, Bypass, Endokarditis)? _____ ja / nein
 Haben Sie einen Herzschrittmacher? _____ ja / nein
 Haben Sie Bluthochdruck? _____ ja / nein
 Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, Lues, Tuberkulose)? _____ ja / nein
 Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)? _____ ja / nein
 Bei Diabetes: Wie hoch ist der HbA1c-Wert? _____
 Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? _____ ja / nein
 Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? _____ ja / nein
 Leiden Sie unter Migräne? _____ ja / nein
 Haben Sie grünen Star (Glaukom)? _____ ja / nein
 Haben Sie Asthma, Atemwegs- oder Lungenerkrankungen? _____ ja / nein
 Haben Sie Osteoporose? _____ ja / nein
 Werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? _____ ja / nein
 Werden Sie wegen eines Tumors mit Bisphosphonaten oder Antikörpern behandelt? _____ ja / nein
 Haben Sie Epilepsie? _____ ja / nein
 Haben Sie andere, hier nicht erwähnte Erkrankungen: _____ ja / nein
 Rauchen Sie? ja / nein weniger / mehr als 10 Zigaretten/Tag?

Sind Sie schwanger? ja / nein Geburtstermin: _____

Haben Sie Zahnschmerzen? ja / nein Haben Sie Geräusche oder Schmerzen
 Blutet Ihr Zahnfleisch? ja / nein im Kiefergelenk? ja / nein
 Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja / nein Sind Ihre Zähne gelockert? ja / nein
 Wann war das letzte Röntgen der Zähne _____

Wann war die letzte zahnärztliche Behandlung _____ Wo? _____
Möchten Sie von uns an Kontrolltermine (Recall) erinnert werden? ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Bitte informieren Sie uns über Änderungen!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Wiesbaden, den _____ Unterschrift _____