



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte helfen Sie uns, indem Sie diesen Patientenbogen ausfüllen und die folgenden Fragen soweit wie möglich vollständig beantworten. Falls Unklarheiten bestehen, sprechen Sie uns gerne an!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam

| | |
|---|--|
| Vorname | |
| Name | |
| Geb.-Datum | |
| Straße / Hausnr. | |
| PLZ / Wohnort | |
| Tel.-Nr. | |
| Handy-Nr. | |
| E-Mail-Adresse | |
| Beruf | |
| Krankenkasse | |
| behandelnder Hausarzt | |
| Hauptversicherter PKV (bei minderjährigen Patienten) | |

Private Zusatzversicherung: nein ja, bei _____

| | |
|--------------|--|
| Größe (m) | |
| Gewicht (kg) | |



Name, Vorname _____

Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen bekannt?

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Schilddrüsenerkrankungen
- Infektionserkrankungen
- Osteoporose
- Blutungsneigungen
- Herz- oder Kreislauferkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Asthma
- Tumor, Krebs
- Anfallsleiden
- andere: _____

Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft und in welcher Dosierung ein (insbesondere auch Mittel zur Blutverdünnung, wie z.B. Marcumar oder ASS)?

| Medikament | Dosierung | Krankheit |
|------------|-----------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



Name, Vorname _____

Sind Allergien bekannt , insbesondere gegen Mittel zur lokalen Betäubung (sogenannte Lokalanästhetika) oder Antibiotika ?

- mir sind keine Allergien bekannt
- ich habe Heuschnupfen und reagiere auf: _____
- ich habe Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

- folgende Medikamente lösen bei mir eine Allergie/Unverträglichkeit aus:

- Bei Frauen: besteht aktuell eine **Schwangerschaft**? ja/nein

Alle Anfragen (per Mail, Telefon oder sonstigen Kommunikationswegen) werden privat nach GOÄ liquidiert.

Ort, Datum



Unterschrift (bzw. Erziehungsberechtigter)