



Fragebogen für die Erstanmeldung Erwachsene

Patient: _____
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter: _____
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse pflichtversichert freiwillig versichert Privatversicherung: _____

Anschrift: _____
PLZ, Ort _____ Straße _____ Tel. / Mobil (tagsüber) _____ Email _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: _____
Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Herzerkrankungen: Ja Herzschwäche (Insuffizienz)
 Ja Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
 Ja Herzschrittmacher, wenn ja, wann _____
 Ja Herzklappen, wenn ja, wann _____

Kreislaufkrankungen: Ja hoher Blutdruck
 Ja niedriger Blutdruck
 Ja Herzinfarkt, wenn ja, wann _____
 Ja Schlaganfall, wenn ja, wann _____
 Ja Einnahme gerinnungshemmender Medikamente
aktueller INR Wert _____
 Ja Ohnmachtsanfälle

Stoffwechselerkrankungen: Ja Zuckerkrankheit (Diabetes), aktueller HbA1c Wert _____
 Ja Magen-Darm-Erkrankungen
 Ja Schilddrüsenerkrankungen

Immunsystem: Ja Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?
wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten: Ja Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)
 Ja Tuberkulose
 Ja AIDS, HIV
 Ja Creutzfeld-Jakob
 Ja Herpes oder Aphten
 Ja Wurde bei Ihnen MRSA diagnostiziert?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Ja Bisphosphonat (Medikament gegen Osteoporose) _____
 Ja Welche? _____

Hatten Sie Operationen oder stehen Operationen an? (z.B. Knie, Hüftgelenke, Organtransplantation).
Wenn ja, welche? _____

Sind Allergien bekannt? (z.B. Laktoseintoleranz) _____

Für Frauen: Ja Sind Sie schwanger? Welcher Monat?: _____

Allgemeine Fragen: Ja Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?
 Ja Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?
 Ja Haben Sie Verspannungen an der Nacken- oder Schultermuskulatur?
 Ja Wünschen Sie Informationen zur Gesunderhaltung Ihrer Zähne?
 Ja Sind Sie Raucher? Wie viele täglich? _____

Ja Ich bin damit einverstanden, dass Sie aktuelle Werte und Medikamentenliste beim Hausarzt anfordern.
 Ja Wünschen Sie eine Erinnerung für die jährliche Routineuntersuchung mittels einer Postkarte?

Wie haben Sie von uns erfahren?

Zahnarzt _____ Zeitung _____ Internet _____
Kinderarzt _____ TV/Kino _____ Bekannte _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____