

FRAGEBOGEN FÜR DIE ERSTANMELDUNG
Erwachsene



Patient:

Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherter:

Vorname, Name

Geburtsdatum

Krankenkasse:

pflichtversichert

freiwillig versichert

Privatversicherung: _____

Anschrift:

PLZ, Ort

Straße

Tel. / Mobil (tagsüber)

E-Mail

Arbeitgeber, Beruf:

Hausarzt (Name, Anschrift):

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt? (Bitte zutreffendes ankreuzen)

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)

Herzschrittmacher, wenn ja, wann? _____

Herzklappen, wenn ja, wann? _____

Kreislaufferkrankungen:

hoher Blutdruck

niedriger Blutdruck

Herzinfarkt, wenn ja, wann? _____

Schlaganfall, wenn ja, wann? _____

Einnahme gerinnungshemmender Medikamente, aktueller INR Wert: _____

Ohnmachtsanfälle

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes), aktueller HbA_{1c} Wert: _____

Magen-Darm-Erkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Immunsystem:

Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten:

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)

Tuberkulose

AIDS, HIV

Creutzfeld-Jakob

Herpes oder Aphten

MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus)

Nehmen Sie zurzeit
Medikamente?

Bisphosphonat (Medikament gegen Osteoporose)

Andere? _____

Hatten Sie Operationen?

Welche? _____

Sind Operationen geplant?

Welche? _____

Sind Allergien bekannt?

Welche (z.B. Laktoseintoleranz)? _____

Für Frauen:

Sind Sie schwanger? Welcher Monat? _____

Allgemeine Fragen:

Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?

Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?

Haben Sie Verspannungen an der Nacken- oder Schultermuskulatur?

Wünschen Sie Informationen zur Gesunderhaltung Ihrer Zähne?

Sind Sie Raucher? Wie viele täglich? _____

Ja, ich bin damit einverstanden, dass Sie aktuelle Werte und Medikamentenliste beim Hausarzt anfordern.

Ja, ich wünsche 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