



Name _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Telefon _____
 Mobil _____

Ort _____
 Straße _____
 Krankenkasse _____
 Private Zusatzversicherung _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

ja nein Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

Allergie/Unverträglichkeiten (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Künstliche Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Grüner Star (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinsuffizienz/-schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Immunmangel-Syndrom (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bisphosphonattherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Weitere Fragen			
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frühere Operationen? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie Medikamente? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____			_____
Sind Sie in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Name des Hausarztes			_____
Anschrift des Hausarztes			_____

Datum _____

Unterschrift _____