

Name:	geboren:
Telefonnummer:	Handynummer:
Hausarzt:	

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus, der uns wichtige Information vor Beginn einer Behandlung in unserer Praxis liefert. Falls Sie eine Frage nicht verstanden haben, sprechen Sie den Arzt bei Beginn der Behandlung an. Vielen Dank.

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden aufgeführten Erkrankungen:

Hepatitis A,B,C (Leberentzündung durch Viren)? ja nein
 Wenn ja welche:

Epilepsie (Krampfanfälle)? ja nein

Allergische Erkrankungen? ja nein
 Wenn ja, welche:

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein
 (ASS, Marcumar?)

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ja nein

Rheumaerkrankung? ja nein

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein

Arthrose / Arthritis (Gelenkerkrankungen)? ja nein

Erkrankungen des Blutes (z.B. Hämophile, Anämie, Leukämie, Thrombophlie)? ja nein
 Wenn ja, welche:

Krebs-/Hautkrebserkrankungen? ja nein

Leiden Sie an einer Medikamentenunverträglichkeit? ja nein
 Wenn ja, welche?.....

Welche Medikamente nehmen Sie ständig ein?

Eutin,

Unterschrift:

Datei:		
Erstellt: Rebekka Fortuna	am:26.01.2010	Version:1
Geprüft: Silke Stahnke	am:18.02.2010	Gültig ab:26.01.10
Freigegeben:	am:	Seite: 1 von 1