

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig, denn nur durch eine ausführliche Information über Ihren Gesundheitszustand ist eine risikoarme Behandlung möglich. Falls Sie eine Frage nicht verstehen, weisen Sie uns bitte darauf hin! Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt.

Allgemeinmedizinische Anamnese (Vorgeschichte):

■ Bitte kreuzen Sie an, welche Erkrankungen bei Ihnen bereits diagnostiziert wurden.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen/Asthma |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen (u.a. Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung, Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Künstliche (Hüft- und Knie-)Gelenke |

Schwangerschaft, wenn ja, in welcher Woche:

Allergien wogegen?

Gibt es oder gab es eine sonstige schwerwiegende Erkrankung? Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Wurden Sie oder werden Sie wegen einer Krebserkrankung/Osteoporose mit Bisphosphonaten (z.B. Zometa®, Aredia®, Bondronat® oder Ostac®) behandelt?

Bei welchem Arzt sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

■ Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass die Behandlungskosten möglicherweise nicht in vollem Umfang durch gesetzliche oder private Kostenerstatter übernommen werden.

■ Falls Sie Ihre Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie diese spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

■ Wir weisen Sie höflich darauf hin, dass nicht eingehaltene Termine in Rechnung gestellt werden, wenn diese nicht sinnvoll für andere Patienten genutzt werden können.

Name

Vorname

Wohnort

Straße/Nummer

Geburtsdatum

Arbeitgeber

Telefon

Mobil

Datum

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter