

# GESUNDHEITSBOGEN

GESUNDHEITLICHE ANGABEN:	ja	nein	Wenn ja, welche?	vom Arzt zu ergänzen
Allergien (Allergiepass vorhanden?)	0	0	.....	.....
Anfallsleiden (Epilepsie, ....)	0	0	.....	.....
Augeninnendruck erhöht (Glaukom)	0	0	.....	.....
Bluterkrankungen	0	0	.....	.....
Herzerkrankungen (Infarkt, Schrittmacher)	0	0	.....	.....
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, ...)	0	0	.....	.....
Kreislaufkrankungen (Blutdruck erhöht o. erniedrigt?)	0	0	.....	.....
Lebererkrankung (Hepatitis A/B, ...)	0	0	.....	.....
Lungenerkrankung (Asthma, ...)	0	0	.....	.....
Magen-Darm-Erkrankung	0	0	.....	.....
Nervenerkrankung	0	0	.....	.....
Nierenerkrankung	0	0	.....	.....
Rheuma/Osteoporose	0	0	.....	.....
Schilddrüsenerkrankung	0	0	.....	.....
Tumorerkrankungen	0	0	.....	.....
Zuckerkrankheit (Diabetes)	0	0	.....	.....
Weitere Erkrankungen	0	0	.....	.....
Frühere Operationen	0	0	.....	.....
Neue Gelenke (Hüfte, Knie, etc.)	0	0	.....	.....
Neue Herzklappen	0	0	.....	.....
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	0	0	.....	.....
Neigen Sie zu Nachblutungen?	0	0	.....	.....
Nehmen Sie Medikamente/Blutverdünner ein?	0	0	.....	.....
Besteht eine Schwangerschaft?	0	0	Wenn ja, welche Woche?	.....
Rauchen Sie?	0	0	Wenn ja, welche Menge/Tag?	.....
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	0	0	.....	.....
Sind Sie von Drogen abhängig?	0	0	.....	.....
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	0	0	.....	.....

Ihr behandelnder Arzt/Hausarzt	Name: .....
Tel: .....	Anschrift: .....

Vielen Dank für Ihre freundliche Mithilfe! Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Änderungen in Ihren Angaben ergeben haben.  
 Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner auf beiden Seiten gemachten Angaben.

..... Ort, Datum	..... Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten
---------------------	---