



Patient .....  
Name / Vorname geb. Geburtsort

Mitglied .....  
Name Vorname geb.

Anschrift .....  
Straße Telefon  
.....  
Postleitzahl Ort

Hausarzt .....

Krankenkasse .....  
o pflichtversichert o freiwillig versichert o privat versichert Beruf

Um Ihnen eine optimale Behandlung zu ermöglichen, benötigen wir von Ihnen folgende Angaben:

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs ( Herz ):

- Herzinsuffizienz
- Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- Herzklappenfehler/-ersatz
- Hypertonie ( erhöhter Blutdruck )
- Hypotonie ( niedriger Blutdruck )

Besteht bzw. Bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Anfallsleiden ( Epilepsie )  Blutgerinnungsstörungen  Diabetes  Osteoporose

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? .....

Allergien gegen Medikamente z.B. Penicillin? .....

Infektionskrankheiten ( Hepatitis, Tbc, Aids, usw. ) .....

Sind oder waren Sie drogen- oder alkoholabhängig? .....

Schwangerschaft: ja/nein wenn ja – welcher Monat: .....

Ihre Angaben werden von uns gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes ( Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO) und der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum

Unterschrift