

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau.  
 Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt.

## Informations- und Anamnesebogen

### Herz-Kreislaufferkrankungen

	nähere Angaben	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzklappenerkrankung / Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzoperationen / Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzerkrankung/-infarkt/-rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Sonstige(Herzpass vorhanden?)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

### Infektionskrankheiten

Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis A, B, C...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
AIDS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Sonstige	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

### Allergien gegen

Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Sonstige (Allergiepass vorhanden?)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

### Weitere Erkrankungen

Erkrankung blutbildender Organe / Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Asthma / Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Nierenerkrankung/ Dialyse (Niereninsuffizienz)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Sonstige	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

### Allgemeine Angaben und Informationen

Sind Sie drogen-oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, Entbindungstermin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Regelmäßige Einnahme von Medikamenten, Welche? (Medikationsplan kann von der Praxis kopiert werden)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
		_____
		_____

Hausarzt / Telefon: \_\_\_\_\_

Wer hat Sie uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Ihre E Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Wurzen, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_