Gesundheitsfragebogen

Vorname	Name	Geburtsdatum/Geburtsort
Straße	PLZ	Ort
Telefon tagsüber	Email-Adresse	Mobilnummer

_____ gesetzliche Versicherung
Freiwillig versichert ja O nein O
Zusatzversicherung ja O nein O
Kostenerstattung ja O nein O

_____ private Versicherung
Beihilfeberechtigt ja O nein O
Basis-Tarif ja O nein O
_____ Beruf und Arbeitgeber

Versichert über	Name	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Ort

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?

Hoher Blutdruck	ja O nein O	Blutgerinnungsstörungen	ja O nein O
Herzschrittmacher	ja O nein O	Diabetes	ja O nein O
Herzfehler	ja O nein O	Schilddrüsenerkrankung	ja O nein O
Herzinfarkt	ja O nein O	Lebererkrankung/Hepatitis	ja O nein O
Herzrhythmusstörungen	ja O nein O	Immunschwäche (HIV)	ja O nein O
Endokarditis	ja O nein O	Asthma/Lungenerkrankung	ja O nein O
Osteoporose	ja O nein O	Krebs-Erkrankung	ja O nein O
Rheuma	ja O nein O		

Leiden Sie unter Kopf-Nackenschmerzen oder Verspannungen? ja O nein O

Allergien ja O nein O

Wenn ja, welche? _____

Medikamenten-Unverträglichkeiten ja O nein O

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja O nein O

Wenn ja, welche? _____

Marcumar	ja O nein O	Bisphosphonate	ja O nein O
Herz Ass	ja O nein O	Sonstige: _____	

Rauchen Sie?	ja O nein O	Wenn ja, wie viele täglich?	_____
Sind Sie Schwanger?	ja O nein O	Wenn ja, in welcher Woche?	_____

Wer war so freundlich, uns zu empfehlen? O Internet O Persönlich:_____

Im Rahmen der Erst-Untersuchung wird grundsätzlich ein Gespräch und eine umfassende Diagnostik durchgeführt. Daraus ergibt sich ein individuelles Therapieziel und Ihre Behandlungsplanung.
Wir bitten Sie, Termine pünktlich einzuhalten!
Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte - bis spätestens 48 Stunden - vorher mit. Andernfalls behalten wir uns vor, den Ausfall in Rechnung zu stellen

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift