

Gesundheitsfragebogen

Vorname _____ Name _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Versicherung _____ Beihilfeberechtigt ja nein
Zusatzversicherung ja nein Beruf _____
Basis-/Standardtarif ja nein

Versichert über _____ Name _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon tagsüber _____ Email-Adresse _____ Mobilnummer _____

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?

Herz/Kreislaufferkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Tumor-Erkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
hoher Blutdruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Hepatitis A	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Gerinnungsstörungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Hepatitis B	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Diabetes	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Hepatitis C	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Asthma	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Immunschwäche (HIV)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
COPD	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	MRSA / ORSA	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Nieren-Erkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	grüner/grauer Star	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Leber-Erkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Gesundheitl. Risiken	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Rheuma/Osteoporose	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		

Allergie: _____

Medikamenten-Unverträglichkeiten: _____

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein?

Marcumar	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Herz Ass	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Xarelto	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Lixiana	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Clopidogel	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Bisphosphonate	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Sonstige: _____

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viele täglich? _____

Sind Sie Schwanger? ja nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Stillen Sie? ja nein
Ihr Hausarzt: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ort, Datum, _____ Unterschrift _____