



**Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Wir bitten Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen, um unsere Behandlung entsprechend Ihres Gesundheitszustandes durchführen zu können.

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_  
Tel. mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Mitglied/Zahlungspflichtiger**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_  
Tel. mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse**

\_\_\_\_\_

- gesetzlich     private Zusatzversicherung  
 privat         privat Standardtarif

**Arbeitgeber des Mitglieds**

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck                     | <input type="checkbox"/> Allergische Reaktionen            |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck                    | <input type="checkbox"/> Asthma                            |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche (Insuffizienz)            | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung (Hämophilie)      |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) | <input type="checkbox"/> Epilepsie                         |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris                        | <input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankungen            |
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt               | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen                |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                      | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen         |
| <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe                  | <input type="checkbox"/> Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C) |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler                             | <input type="checkbox"/> HIV+/AIDS                         |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)             |  |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose (bitte Medikation angeben) |  |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung                 |  |

Für weibliche Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  
 Ja         Nein

**Andere Erkrankungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medikamente die Sie einnehmen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich komme auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Ich möchte  1 x jährlich  2 x jährlich an einen Vorsorgetermin erinnert werden

Als gesetzlich krankenversicherter Patient reichen Sie bitte unbedingt Ihre Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn ein, da sonst private Rechnungslegung erfolgen muss.

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben

Düsseldorf, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_