

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Vor- und Zuname: ..... Geb.Datum + Vers. NR:.....  
Adresse: ..... PLZ./Ort: .....  
Telefon privat: ..... E-Mail: .....  
Beruf: ..... Hauptversicherter: .....

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen vollständig aus. Dadurch ist es uns möglich, Sie besser betreuen und beraten zu können.

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten  
(Medikamente, Nahrungsmittel)? Ja  / Nein  Welche? .....

Bitte kreuzen Sie jene Erkrankungen an, unter welchen Sie derzeit leiden oder schon litten!  
Falls ja, bitten wir um weitere Angaben.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja  / Nein  .....

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente?  
Wenn ja, welche? Ja  / Nein  .....

Bluthochdruck (Hypertonie) Ja  / Nein  .....

Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja  / Nein  .....

Osteoporose Ja  / Nein  .....

Epilepsie, Krampfleiden Ja  / Nein  .....

Tuberkulose (Schwindsucht) Ja  / Nein  .....

Glaukom (grüner Star) Ja  / Nein  .....

Herzerkrankungen Ja  / Nein  .....

Herzinfarkt Ja  / Nein  .....

Herzschrittmacher Ja  / Nein  .....

HIV+ (AIDS) Ja  / Nein  .....

Nierenleiden Ja  / Nein  .....

Asthma Ja  / Nein  .....

Infektiöse Hepatitis  
(Gelbsucht, Lebererkrankung) Ja  / Nein  .....

Sonstige Erkrankungen oder Operationen  
Wenn ja, welche? Ja  / Nein  .....

Chemo/Strahlentherapie? Ja  / Nein  .....

Rauchen Sie regelmäßig? Ja  / Nein  .....

Wünschen Sie vor der Behandlung eine lokale Anästhesie  
(Betäubung) zur schmerzfreien Behandlung? Ja  / Nein

Bei Terminabsagen bitten wir mindestens 24h vorher um Bekanntgabe, da wir uns ansonsten gezwungen sehen, ein Ersatzhonorar (min. €80) für die für Sie reservierte Zeit zu verrechnen.

Wir bitten Sie uns zu verständigen, wenn sich Ihre Angaben zu dem Fragebogen ändern.

Hallein, am

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Patienten-Unterschrift, Vor-/Zuname