

PATIENTEN-FRAGEBOGEN (BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN)

Name, Vorname	Geburtsdatum		m <input type="radio"/> w <input type="radio"/>	
				Geschlecht
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort			Größe: _____
				Gewicht: _____
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Telefon mobil	Fax	
Beruf	Arbeitgeber	E-Mail-Adresse		
Versicherungsverhältnis:	<input type="radio"/> Privat	<input type="radio"/> Zusatzversicherung	<input type="radio"/> Selbstzahler	
Bei Versicherung: _____				

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.
Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.**

Gesundheitszustand

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck		Herzerkrankungen	
Niedriger Blutdruck		Herzoperationen	
Herzklappenerkrankungen/-defekt		Herzschrittmacher	

Gynäkologische Erkrankungen:

Gebärmutter		Schwangerschaftskomplikationen	
Eierstöcke		Zyklusbeschwerden	
Brust		Klimakterische Beschwerden	

Einnahme von Hormonen/ Pille? Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten:

HIV	
Hepatitis	
Tuberkulose	

Allergien und Unverträglichkeiten:

Antibiotika	Welche:
Schmerzmittel	Welche:
Lokalanästhetika	Welche:
Andere:	

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen		Epilepsie	
Asthma		Diabetes	
Lungenerkrankungen		Nierenfunktionsstörungen	
Schilddrüsenerkrankungen		Ohnmachtsneigungen	
Rheuma			

Andere: _____

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum		Alkoholgenuss	
Raucher		Schwangerschaft	

Was und wieviel nehmen Sie zu sich? Bitte genau!

	ja	nein	wieviel	Wie oft
Zucker				
Milchprodukte				
Weißmehlprodukte				
Eier				
Nüsse				
Süßigkeiten				
Kuchen				

Auf welche Lebensmittel können Sie schwer verzichten? _____

Wieviel und was genau trinken Sie täglich? Bitte genau! _____

Wie oft haben Sie Stuhlgang? _____ x täglich _____ x wöchentlich

Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl? wässrig breiig geformt wechselhaft

Haben oder hatten Sie Amalgam- oder Palladiumfüllungen? Ja Nein

Wenn ja, wann wurden sie entfernt? _____

Wenn vorhanden, bringen Sie bitte eine aktuelle Panoramaröntgenaufnahme (nicht älter als 3 Monate) ihres Zahnarztes mit.

Haben Sie Narben? Wo? _____

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? _____

Sind Sie nach ausgiebigem Schlaf erholt und fühlen sich frisch? Ja Nein

Wie hoch bewerten Sie Ihre Stress- und seelische Belastung? _____

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein und seit wann? Bitte genau notieren!

Name des Medikaments:	Einnahme seit:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?

Wie wurden Sie auf uns Aufmerksam?

Mündliche Empfehlung

Im Internet auf:

Praxis-Homepage über Google Jameda Imedo Biomedizin-Blog

Sonstiges (bitte um Angabe) _____

Ich möchte gern den Newsletter des BioMedical Center erhalten: Ja Nein

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/ Erziehungsberechtigter