



Gesundheitsfragebogen

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ oder Telefon (Arbeitsstelle) _____

Krankenkasse _____ Beruf _____

E-Mail _____

Die Praxis wurde mir empfohlen von _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Arbeitgeber _____

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten:

- Asthma
- Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen
- Herzbeschwerden (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Gelbsucht, Leberkrankheiten
- Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen
- Ohnmacht oder Krampfanfälle, Schlaganfall
- Hepatitis (A,B,C,etc.)
- HIV positiv

2. Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen, welche?

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche?

4. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja Nein Ungewiss

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

- !** Sollte ich einen halbstündigen Termin nicht einhalten ohne abzusagen, werden mir 100€ in Rechnung gestellt .
- Sollte ich einen einstündigen Termin nicht einhalten ohne abzusagen, werden mir 200€ in Rechnung gestellt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, zukünftig Informationen per E-Mail oder Post von Dr. Andreas Quidenus zu erhalten. Ich kann die Zusendung von Informationen jederzeit kündigen.

Datum _____ Unterschrift _____