Gesundheitsfragebogen

Vorname | Name | Geburtsdatum | Geburtsort

Straße | PLZ | Ort

Telefon tagsüber | Email-Adresse | Mobilnummer

Zusatzversicherung ja O nein O
Beihilfeberechtigt ja O nein O
Basis-/Standardtarif Privatversicherung ja O nein O

Versichert über | Name | Geburtsdatum

Straße | PLZ | Ort

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?

Herz-Kreislauf-Erkrankung	ja O nein O	Rheuma	ja O nein O
Herzklappenersatz	ja O nein O	Diabetes	ja O nein O
Herzrhythmusstörungen	ja O nein O	Schilddrüsenerkrankung	ja O nein O
Herzinfarkt	ja O nein O	Lebererkrankung/Hepatitis	ja O nein O
Endokarditis	ja O nein O	Immunschwäche (HIV)	ja O nein O
Blutgerinnungsstörungen	ja O nein O	Osteoporose	ja O nein O
Asthma/Lungenerkrankung	ja O nein O	Nervenerkrankung	ja O nein O
Tuberkulose	ja O nein O	Magen-Darm-Erkrankung	ja O nein O
		Alkoholismus	ja O nein O

Allergie: _____

Nehmen Sie folgende Medikamente ein?

Marcumar	ja O nein O	Herz Ass	ja O nein O
Xarelto	ja O nein O	Eliquis	ja O nein O
Bisphosphonate	ja O nein O	Sonstige: _____	

Medikamenten-Unverträglichkeiten: _____

Rauchen Sie? ja O nein O Wenn ja, wie viele täglich? _____
Sind Sie Schwanger? ja O nein O Wenn ja, in welcher Woche? _____

Wie möchten Sie vorzugsweise kontaktiert werden? Email O SMS O Telefon O

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet O Zeitschrift O Persönlich: _____

Düren, _____
Unterschrift