

Diese Angaben werden vertraulich behandelt – sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Versicherter: Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Anschrift: _____ PLZ, Ort: _____

Tel.Privat: _____ Handy: _____ Tel.Dienst: _____

E-Mail: _____

Betreuer/in?: _____

Vormund? Name, Adresse, Tel.Nr.

Angaben zur Versicherung

Gesetzlich (Welche): _____ Privat (Welche): _____

Private Zusatzversicherung (Welche): _____ Beihilfeberechtigt: ja nein

Name des Hausarztes: _____ Adr.:falls bekannt: _____

Name des Zahnarztes: _____ Adr.:falls bekannt: _____

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten oder haben Sie in der Vergangenheit diese Krankheiten erlitten

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein Seit wann? _____ |
| Herzasthma/Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein Wann? _____ |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein Wann? _____ |
| Unregelmäßiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutarmut | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erhöhte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Penicillin Überempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Immunsystemerkrankung HIV | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Multiresistente Erreger (MRSA) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |
| Blutdruck | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Erhöht <input type="checkbox"/> Niedrig |
| Rauchen Sie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Medikamentöse Behandlung bei Osteoprose? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein Welche? _____ |
| | <input type="checkbox"/> Tabletten | <input type="checkbox"/> Spritzen <input type="checkbox"/> Infusion |
| Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein Welche? _____ |
| Einnahme von Bisphosphonaten (z.B. nach Krebstherapien) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besitzen Sie einen Allergiepass | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein Bitte vorlegen |
| Suchtkrankheiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein Welche? _____ |
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein Welcher Monat? _____ |
| Besteht eine Krebstherapie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe vor chir. Eingriffen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Als **Endokarditisprophylaxe** bezeichnet man vorbeugende medizinische Maßnahmen, die der Verhinderung einer infektiösen Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) bei Risikopatienten dienen.

Überempfindlichkeit gegen: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit: _____

Hannover, den _____

Unterschrift Patient/In
Erziehungsberechtigte/r, Betreuer/In, Vormund,
Sorgeberechtigte/r