

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum/Geb.Ort: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ Vorname d. Vers.: \_\_\_\_\_ Geb. Datum d. Vers.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Tel.Privat: \_\_\_\_\_ Tel.Handy: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tel.Dienst: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### 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
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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)