



Patientenerhebungsbogen – ND

Name	Hausarzt
Vorname	Hausarzt Straße und Hausnummer
Straße und Hausnummer	Hausarzt PLZ und Ort
PLZ und Ort	Versichertenstatus
Geburtsdatum	E-Mail
Telefon	

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislauferkrankungen

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Endokarditis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzoperation	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Raucher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Rheuma / Arthritis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion / Stadium AIDS	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lebererkrankung / Hepatitis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Schwangerschaft

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja, in welchem Monat?

Ort und Datum

Sonstige Erkrankungen

Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Asthma / Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes / Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Drogenabhängigkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nervenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Osteoporose Erkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie / Spritzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Antibiotika	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schmerzmittel oder andere	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Unterschrift