

Angaben zur Person:

Familienname: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____
 PLZ/Wohnort: _____ Straße/Nr: _____
 Telefon tagsüber: _____ Mobil: _____
 Telefon privat: _____ E-Mail: _____
 Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung
 Privatversicherung: _____ Vollversicherung Basistarif/Standardtarif

Sind Sie mitversichert bei Ehefrau/Ehemann/Mutter oder Vater? Dann geben Sie bitte die Personalien des Hauptversicherten an:
 Familienname: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____

Angaben zur Gesundheit:

	Nein	Ja	Erläuterungen, behandelnder Facharzt
Herz/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie einen Herzpaß? (Endocarditisrisiko?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie einen Herzschrittmacher? (Pass?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie ein Organtransplantat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Implantat (z. B. Knie, Hüfte, Zahn, Metallplatte, Stent)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit: _____
Diabetes/Zuckerkrankheit, Diabetes I oder II?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insulinpflichtig? _____ Diabetologe: _____ HbA1c Wert: _____
Körpergewicht in kg, Körpergröße in m			kg _____ m _____
Krampfleiden (z. B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien (Allergiepaß?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Organerkrankungen, Corona (CoVid-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie schon eine Hepatitis? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	im Jahr _____ ; A, B, C, D, andere: _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
FÜR FRAUEN: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaftswoche: _____ Stillen Sie? _____

Hausarzt: _____

Angaben für die Verwaltung

	Ja	Nein
Wünschen Sie regelmäßige Erinnerungsschreiben (recall) zur Vorsorge per E-Mail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie die Datenschutzerklärung gelesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BITTE BEACHTEN SIE, DASS SIE NACH EINER BETÄUBUNGSSPRITZE IN IHRER FAHRTÜCHTIGKEIT EINGESCHRÄNKT SEIN KÖNNEN!

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte rechtzeitig ab.
 Wir können für versäumte, nicht abgesagte Termine eine Gebühr (50,-€/angefangene 1/2 Stunde) berechnen (laut Urteil Amtsgericht Neukölln (Az C179/04)).

Markt Schwaben, den _____ Unterschrift: _____
 Markt Schwaben, den _____ Unterschrift: _____
 Markt Schwaben, den _____ Unterschrift: _____
 Markt Schwaben, den _____ Unterschrift: _____
 Markt Schwaben, den _____ Unterschrift: _____