

Angaben zur Person:

Familiennamen:	Vorname:	Geb.datum:
PLZ/Wohnort:	Straße/Nr.:	
Telefon tagsüber:	Mobil:	
Telefon privat:	E-Mail:	
Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	
Privatversicherung:	<input type="checkbox"/> Vollversicherung	<input type="checkbox"/> Basistarif/Standardtarif

Sind Sie mitversichert bei Ehefrau/Ehemann/Mutter oder Vater? Dann geben Sie bitte die Personalien des Hauptversicherten an:

Familiennamen:	Vorname:	Geb.datum:
----------------	----------	------------

Angaben zur Gesundheit:

	Nein	Ja	
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: _____
Körpergewicht in kg, Körpergröße in m			HbA1c Wert: _____ 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 (45,-€/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: _____