

Name, Vorname: _____

Versicherungsnehmer + Geburtsdatum (bei Familienmitglied):

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Krankenkasse/Versicherung: _____

Zahnzusatzversicherung ☐ beihilfeberechtigt ☐

Pflegegrad? ☐ Nein ☐ Wenn ja, welcher? _____

Allgemeine Situation

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Ja Nein

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten? Wenn ja, welche? _____ ☐ ☐

Allergische Reaktion auf Medikamente oder Stoffe? ☐ ☐

Allergien? Wenn ja, welche? _____ ☐ ☐

Herzschrittmacher, Stent, Herzklappenersatz o. Ä.? ☐ ☐

Herzerkrankungen? ☐ ☐

Zu hoher/zu niedriger Blutdruck? ☐ ☐

Blutgerinnungsstörungen? Wenn ja, welche? _____ ☐ ☐

Diabetes (Zuckerkrankheit)? ☐ ☐

Creutzfeldt-Jacob-Krankheit? ☐ ☐

Hatten Sie jemals eine Lebererkrankung? ☐ ☐

Lungenerkrankungen (Asthma, COPD, Tuberkulose etc.)? ☐ ☐

Schilddrüsenerkrankungen? ☐ ☐

Knochenerkrankungen (Rheuma, Osteoporose etc.)? ☐ ☐

Künstliches Knie-/Hüftgelenk oder Ähnliches vorhanden? ☐ ☐

Epilepsie? ☐ ☐

Nierenerkrankungen oder dialysepflichtig? ☐ ☐

Raucher, Drogenkonsum, Alkoholkonsum? Wenn ja: selten ☐ oft ☐ regelmäßig ☐ ☐

Leiden Sie an Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, TBC, HIV)? ☐ ☐

Andere Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____ ☐ ☐

Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ☐ ☐

Terminerinnerung per E-Mail ☐ SMS ☐ ☐ ☐

Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)