

Patient: Name, Vorname Geburtsdatum  
surname, first name \_\_\_\_\_ date of birth \_\_\_\_\_

Adresse  
adress \_\_\_\_\_

Tel. privat/Handy E-Mail-Adresse  
Telephone private/mobile phone \_\_\_\_\_ E-mail adress \_\_\_\_\_

Beruf Arbeitgeber  
profession \_\_\_\_\_ employer \_\_\_\_\_

Tel. dienstlich Hausarzt  
telephone business \_\_\_\_\_ family doctor \_\_\_\_\_

Mitglied: Name, Vorname Geburtsdatum  
Member Surname, first name \_\_\_\_\_ date of birth \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie, dass eine örtliche Betäubung zur Folge hat, dass Sie 1 Std. nicht und 24 Std. nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Terminen.** Please note that local anaesthesia entails that you are 1 hour not at all and 24 hours limited fit to drive. Please consider this if you make an appointment.

**Dürfen wir Sie an Ihren nächsten Vorsorge-Termin erinnern?**  ja / yes  nein / no  
 May we remind you on your next screening appointment? \_\_\_\_\_

Unterschrift / signature \_\_\_\_\_

**Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten**

I received the fact sheet of data protection Datum, Unterschrift / Signature \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die Fragen zu ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.  
Please answer the following questions regarding your state of health as exactly as possible! The information is subject to professional medical secrecy and will be treated strictly confidential.

Zutreffendes bitte ankreuzen: <small>Please cross where appropriate:</small>	Datum:		Datum:		Datum:	
	Ja <small>Yes</small>	Nein <small>no</small>	Ja <small>yes</small>	Nein <small>no</small>	Ja <small>yes</small>	Nein <small>no</small>
Bluthochdruck <small>hypertension</small>						
Herzklappenfehler/Herzklappenersatz <small>valvular defect/cardiovalvular replacement</small>						
Endokarditis (Herzmuskelentzündung) <small>endocarditis</small>						
Herzoperationen / Herzschrittmacher <small>heart surgery / pacemaker</small>						
Blutverdünnende Medikamente (Antikoagulantien) <small>anticoagulant drugs</small>						
Sonstige Medikamente, besonders Bisphosphonate <small>other drugs, especially bisphosphonate</small>						
Allergien/Unverträglichkeiten, wenn ja, welche? <small>allergies/intolerances, which?</small>						
Zuckerkrankheit <small>diabetes mellitus</small>						
Asthma/Lungenerkrankung <small>asthma/lung diseases</small>						
Anfallsleiden (Epilepsie) <small>convulsive seizures (epilepsy)</small>						
AIDS/Hepatitis/Tuberkulose <small>AIDS/hepatitis/tuberculosis</small>						
Nierenerkrankungen <small>nephropathy</small>						
Drogenabhängigkeit <small>drug addiction</small>						
Nervenerkrankungen/ Ohnmachtsanfälle <small>nervous disease / fainting fits</small>						
Sonstige Erkrankungen <small>other diseases</small>						
Schwangerschaft <small>pregnancy</small>						
Unterschrift -> -> -> -> -> -> -> -> <small>signature</small>						