

Patienten - Datenblatt

Name			
Sv.Nr. / Geb.Dat.			
Wohnanschrift			
E-Mail		Telefon	

Pflichtversicherung		<input type="checkbox"/> selbstvers.	<input type="checkbox"/> pensioniert	<input type="checkbox"/> mitvers.
Hauptversicherte(r) (falls mitversichert)	Name			
	SvNr./Geb. Dat.			
Beruf				
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja:		<input type="checkbox"/> nein	

Schwanger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hobbies	
Kinder	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	Freizeitaktivitäten	

Allergien	<input type="checkbox"/> ja:		<input type="checkbox"/> nein
Raucher	<input type="checkbox"/> ja:	Zig/d	<input type="checkbox"/> nein

Chronische Vorerkrankungen					
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
Herz	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsen	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein

Implantate	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
-------------------	------------------------------	-------------------------------

Medikamente	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
--------------------	------------------------------	-------------------------------

Beschwerden	
--------------------	--

Frage	
--------------	--