

Diese Angaben sind vertraulich und werden nur mit Ihrem Einverständnis an Dritte (wie Arzt, Interdisziplinäre Partner, ect.) weitergegeben!

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Adresse:</b>	<b>PLZ/Ort:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Beruf:</b>
<b>Tel P:</b>	<b>Tel G:</b>
<b>Mobile:</b>	<b>Email:</b>

Wie sind sie auf uns Aufmerksam geworden?

- Arzt                       Inserat                       Empfehlung: \_\_\_\_\_  
 Telefonbuch               Internet                       Andere: \_\_\_\_\_

Ja	Nein		Therapie/ Medikamente
<b>Stoffwechselerkrankung</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus Typ 1 Aktueller Hba1c: _____	<input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Tablette _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus Typ 2 Aktueller Hba1c: _____	<input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Tablette _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sklerodermie (systemische Autoimmunerkrankung)	_____
<b>Rheumatoide Erkrankungen</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatoide Arthritis (chronische Systemerkrankung)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrose (degenerative Gelenkerkrankung)	_____
<b>Neurologische Erkrankungen</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuropathie (Nervenleiden)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lähmung	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MS (Multiple Sklerose)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis (Entzündung des grauen Rückenmarks)	_____
<b>Durchblutungsstörung</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pAVK (Periphere Arterielle Verschlusskrankheit)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CVI (chronisch venöse Insuffizienz)	_____
<b>Bluterkrankungen</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hämophilie (Bluterkrankheit)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hämorrhagische Diathese (gesteigerte Blutungsneigung)	_____
<b>Hauterkrankungen</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurodermitis (Ekzeme)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis (Schuppenflechten)	_____

Ja	Nein		Welche
<b>Infektionskrankheiten</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA (Krankenhausbakterium)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV (Humane Immundefizienz-Virus)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (Leberentzündung)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere	_____
<b>Medikamente</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunsuppressive Medikamente	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antikoagulantien (Blutverdünner)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cortison	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere	_____
<b>Allergien</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salben	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desinfektionsmittel	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere	_____
<b>Spezielle Schuhversorgung</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einlagen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Massschuhe	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere	_____

Namen und Adresse des Hausarztes:

---

Haben Sie eine andere Erkrankung, wenn Ja welche? Wie wird diese therapiert und/oder nehmen Sie dafür Medikamente?

---



---

Haben Sie besondere Wünsche oder sonst eine Anregung?

---

Datum/Ort:

Unterschrift:

---

Die Richtigkeit der Angaben wird mit der Unterschrift bestätigt!

Datum:	Gab es Veränderungen, wenn Ja welche?	Visum: