



Gesundheitsfragebogen

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers
E-Mail		Telefonnummer
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	Versichert mit (Name, Vorname, Geburtsdatum)	

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Blutdruck, Herzklappe) Ja Nein

Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose) Ja Nein

Diabetes, Nierenfunktionsstörung, Schilddrüse Ja Nein

Lungenerkrankungen (Asthma) Ja Nein

Epilepsie, Nervenerkrankungen, Rheuma Ja Nein

Strahlentherapie, Bisphosphonat-Therapie Ja Nein

Allergien Ja Nein

➔ Folgende: _____

Andere Erkrankungen Ja Nein

➔ Folgende: _____

Werden Medikamente eingenommen? Ja Nein

➔ Folgende: _____

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigte)