

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Name der Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich versichert

Gesetzlich mit privater Zusatzversicherung

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
---------------------------	------------------------	----------------------------------

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| Hoher Blutdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Herzklappenerkrankung/-defekt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Herzoperation | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

Infektionserkrankungen:

- | | | |
|-------------|---|--|
| HIV | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| andere: | | |

Allergien / Unverträglichkeiten:

- | | | |
|------------------|---|--|
| Lokalanästhetika | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Antibiotika | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| andere: | | |

Weitere Erkrankungen:

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Asthma | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| andere: | | |

Allgemeine Angaben:

- | | | |
|-----------------------------|---|--|
| Drogenkonsum | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Alkoholgenuss | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/>
regelmäßig |
| Raucher | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> über 10 Zig./Tag |
| Regelmäßige Medikamente | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, seit wann / Name: |
| Frühere Röntgenuntersuchung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, Datum / Körperteile: |

Schwangerschaft

Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat:

Wie wurden Sie auf unsere
Praxis aufmerksam?

Wichtige Informationen:

- Hiermit bestätige ich, dass ich **nicht** im Standard-, Basis- oder Notlagentarif bzw. im Studententarif der Privaten Krankenversicherung versichert bin.
- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschriften Patient und
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter