

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

E-Mail Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert - **nicht** im Basistarif
- Privat versichert - im Basistarif
- 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

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt

Ja Nein

Herzerkrankung

Ja Nein

Herzoperation

Ja Nein

Bitte ankreuzen Zusätzliche Informationen

Herzschrittmacher Ja Nein

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

andere:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Asthma Ja Nein

Lungenerkrankung Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Nierenfunktionsstörungen Ja Nein

Ohnmachtsneigung Ja Nein

andere:

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja Nein

Alkoholgenuss Ja Nein

Raucher Ja Nein

Regelmäßige Medikamente Ja Nein

Wenn ja, selten oft regelmäßig

Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag

Wenn ja, seit wann / Name:

Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein

Wenn ja, Datum / Körperteile:

Schwangerschaft Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat:

Wie wurden Sie auf unsere
Praxis aufmerksam?

Wichtige Informationen:

- * 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 verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- * Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschriften Patient und
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter