

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

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) | Ja | Nein |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | Ja | Nein |
| Herzklappenerkrankung/-defekt | Ja | Nein |
| Herzerkrankung | Ja | Nein |
| Herzoperation | Ja | Nein |
| 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 |
| Osteoporose | Ja | Nein |
| Ohnmachtsneigung | Ja | Nein |
| andere: | | |

Allgemeine Angaben:

| | | | |
|-------------------------|----|------|--------------------------------|
| Drogenkonsum | Ja | Nein | |
| Alkoholgenuss | Ja | Nein | Wenn ja, selten oft regelmäßig |
| Raucher | Ja | Nein | Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag |
| Regelmäßige Medikamente | Ja | Nein | 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:

- 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