

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

<input type="text"/> Nachname, Vorname (Patient)	<input type="text"/> Geburtsdatum, Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
<input type="text"/> Straße, Hausnummer	<input type="text"/> Postleitzahl, Ort
<input type="text"/> Telefon (privat/mobil)	<input type="text"/> Telefon (geschäftlich)
<input type="text"/> Beruf	
<input type="text"/> Name der Versicherung / Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> Ich bin im PKV-Standardtarif versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt
<input type="text"/> Überweisender Arzt – Name, Adresse, Telefon	
<input type="text"/> Hausarzt – Name, Adresse, Telefon	

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

<input type="text"/> Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	<input type="text"/> Geburtsdatum
<input type="text"/> Straße, Hausnummer	<input type="text"/> 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:

<input type="text"/> Datum	<input type="text"/> Erziehungsberechtigter
-------------------------------	--

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

Gesundheitszustand

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

	Bitte ankreuzen		Zusätzliche Informationen:
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	

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen:

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 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:

- 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