



Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

.....
Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

.....
Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

.....
Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

.....
E-mail

Beruf (freiwillig)

.....
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	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Infektionskrankheiten:		
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Weitere Erkrankungen:		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name:
andere:		
Allgemeine Angaben:		
Knirschen Sie mit den Zähnen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schnarchen Sie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
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
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, Datum / Körperteile:
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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