

Patienten-Fragebogen

Bitte vollständig ausfüllen

Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum, Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> 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 **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 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 (Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter)

DAISY-CD © DAISY Akademie + Verlag GmbH