

# Patienten- Fragebogen

bitte vollständig ausfüllen



Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon (privat / mobil):

Telefon (geschäftlich):

E-Mail:

Beruf:

Gesetzlich versichert

Privat versichert – im Basistarif

Privat versichert – nicht im Basistarif

Beihilfeberechtigt

Name der Krankenkasse/ Versicherung:

Zusatzversicherung: ja Name:

nein

Hausarzt – Name , Adresse , Telefon:

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

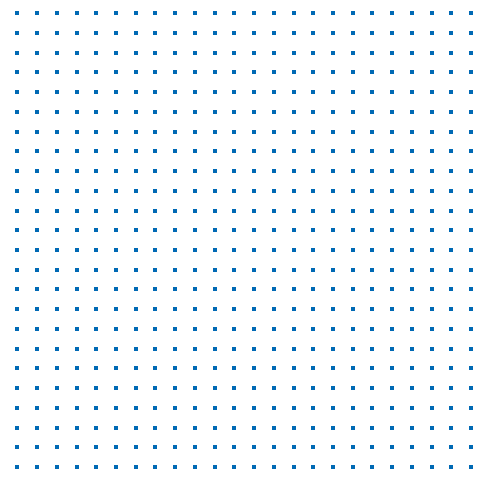
Herz – Kreislauf – Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Herzklappenerkrankung/ - defekt

Herzerkrankung



Herzoperation

Herzschrittmacher

Infektionserkrankungen:

HIV

Tuberkulose

Hepatitis

andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika

Antibiotika

Schmerzmittel

andere:

Allergiepass

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen

Schilddrüsenerkrankung

Asthma

Rheuma

Lungenerkrankung

Osteoporose

Epilepsie

Diabetes

Nierenfunktionsstörung

Ohnmachtsneigung

andere:

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum

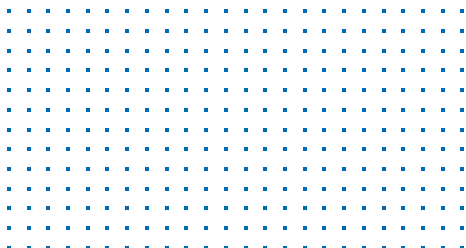
Alkoholgenuss                      wenn ja,              selten              oft              regelmäßig

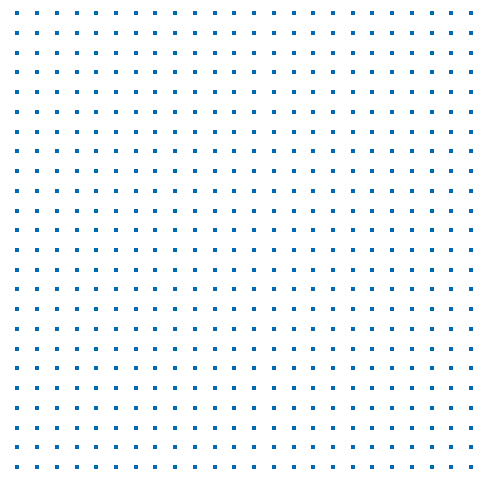
Raucher                                      wenn ja,              0-10              über 10 Zig./Tag

Regelmäßige Medikamente    wenn ja              Name - seit wann:

Medikamentenliste? Bitte immer dabei haben! Änderungen bitte mitteilen!

Pradaxa              Xarelto              Eliquis





Nahrungsergänzungsmittel

Homöopathische Mittel

Frühere Röntgenuntersuchungen:

MRT wann,

CT wann,

andere (Datum, Körperteil):

Schwangerschaft wenn ja, welcher Monat?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Erinnerungsservice gewünscht? ja nein

wenn ja per Telefon/Handy oder Mail:

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:

Unterschrift:

Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

