

Patienten-Fragebogen (bitte vollständig ausfüllen)

Persönliche Angaben:

 weiblich männlich divers

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigter / Versicherter)

Geburtsdatum

Geburtsort (Patient)

Adresse

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Krankenkasse / Versicherung

 Gesetzlich versichert Private Zusatzversicherung Privat versichert Beihilfeberechtigt Basistarif / Standardtarif

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Adresse

Mit der Übertragung meiner medizinischen Daten an andere Ärzte, die an meiner Behandlung beteiligt sind, erkläre ich mich einverstanden.

Wer ist Ihr Hausarzt?

Hausarzt, Adresse

Bei Kindern: Besteht geteiltes Sorgerecht?

 ja nein

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Allgemeine Angaben:

Frühere Röntgenuntersuchung

 Ja Nein

Wenn ja, welche Körperteile und wann?:

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

 Ja Nein

(Bisphosphonate sind Medikamente bei Osteoporose oder Krebserkrankungen)

Regelmäßige Medikamente

 Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente und seit wann?

Schwangerschaft

 Ja Nein

Wenn ja, welche Woche? _____

Raucher

 Ja Nein

Wenn ja, 0 - 10 über 10 Zigaretten/Tag

Alkoholgenuss

 Ja Nein

Wenn ja, selten oft regelmäßig

Drogenkonsum

 Ja Nein

Pflegegrad (§ 15 SGB XI)

 Ja Nein

Wenn ja, welcher Pflegegrad? _____

Befristung

 Ja Nein

Fristablauf: _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Niedriger Blutdruck | <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 | _____ |
| andere: | | | _____ |

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 | _____ |
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit | <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:

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Asthma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Geistige Erkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Genetische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Krebserkrankung (letzte 10 Jahre) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| andere: | | | _____ |

Um Ihre Wartezeit möglichst kurz zu halten haben wir ein Bestellsystem. Die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht spätestens 24h vorher absagen berechnen wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,00 €!

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.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter