

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung



Gesetzlich versichert



Gesetzlich mit privater Zusatzversicherung



Privat versichert



Privat Basistarif



Beihilfeberechtigt

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 |
| Herzschriltmacher | <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 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Asthma | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| andere: | |
-

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum

Ja Nein

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:

Wichtige Informationen:

- Hiermit bestätige ich, dass ich **nicht** im Standard-, Basis- oder Notlagentarif bzw. im Studententarif der Privaten Krankenversicherung versichert bin.
- 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.

Datum

Unterschrift