

# Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w, Größe, Gewicht

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Versicherung / Krankenkasse

- Ich habe zu meiner gesetzlichen Krankenversicherung eine Zusatzversicherung.
- Ich bin privat bei stationärer Behandlung.
- Ich bin beihilfeberechtigt

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Zahnarzt – Name, Adresse, Telefon

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

## 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

## Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen zum Gesundheitszustand so genau wie möglich:**

<b>Gesundheitszustand</b>	<b>Bitte ankreuzen</b>	<b>Zusätzliche Informationen</b>
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzerkrankung/ Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Thrombosen, Embolien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
auch bei Blutsverwandten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nachbluten nach Operationen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
dialysepflichtig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
mit Medikamentenbehandlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
mit Spritzen (Insulintherapie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Lähmungen, Parkinson, MS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Depressionen, Angstzustände	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
AIDS, HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Einnahme von Cortison	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Zustand nach Organtransplantation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bestrahlung, Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schmerzmittelallergie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Antibiotika-Allergie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Jodallergie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Latexallergie (z.B. in Gummihandschuhen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Metallallergie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rauchen Sie regelmäßig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Medikamenteneinnahme (Marcumar, ASS, sonstige):

Frühere Operationen (was und wann):

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? (Werbung, Freunde?)

---

**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 wurde informiert, dass die Praxis nach dem Bestellsystem arbeitet und meine Termine exklusiv für mich reserviert werden. Deshalb verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Form einer Ausfallspauschale in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

---

Datum

Unterschriften Patient und  
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter