

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Persönliche Angaben:

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigter / gesetzlicher Vertreter)

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Krankenkasse / Versicherung

☐ Gesetzlich versichert

☐ Privat versichert

☐ Nutzen Sie die elektronische
Patientenakte (ePA) ?

☐ Private Zusatzversicherung

☐ Beihilfeberechtigt

☐ Basistarif / Standardtarif

☐ Notlagentarif

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Ort

Wer ist ihr Hausarzt ?

Hausarzt, Name

Adresse

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam ?

☐ Persönliche Empfehlung

☐ Internet

☐ Sonstiges:

☐ Überweisender Arzt

☐ Anzeige

Überweisender Arzt

Adresse

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

Allgemeine Angaben:

Frühere Röntgenuntersuchung

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Körperteile und wann ?

Regelmäßige Medikamente

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Medikamente und seit wann ?

Schwangerschaft

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welcher Monat ?

Pflegegrad (§ 15 SGB XI)

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welcher Pflegegrad ?

Eingliederungshilfe (§ 53 SGB XII)

☐ Ja ☐ Nein

Befristet ?

Fristablauf ?

Drogenkonsum:

Raucher

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, ☐ 0 -10 ☐ über 10 Zigaretten/Tag

Alkoholgenuss

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, ☐ selten ☐ oft ☐ regelmäßig

Drogenkonsum

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, ☐ selten ☐ oft ☐ regelmäßig

andere:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck

☐ Ja ☐ Nein

Niedriger Blutdruck

☐ Ja ☐ Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt

☐ Ja ☐ Nein

Künstlicher Herzklappenersatz

☐ Ja ☐ Nein

Herzerkrankung

☐ Ja ☐ Nein

Herzoperation

☐ Ja ☐ Nein

Herzschrittmacher

☐ Ja ☐ Nein

andere:

Infektionserkrankungen:

HIV ☐ Ja ☐ Nein

Hepatitis ☐ Ja ☐ Nein

Tuberkulose ☐ Ja ☐ Nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ☐ Ja ☐ Nein

andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika ☐ Ja ☐ Nein

Schmerzmittel ☐ Ja ☐ Nein

Antibiotika ☐ Ja ☐ Nein

Materialunverträglichkeit ☐ Ja ☐ Nein

andere:

Weitere Erkrankungen:

Asthma ☐ Ja ☐ Nein

Blutgerinnungsstörungen ☐ Ja ☐ Nein

Diabetes ☐ Ja ☐ Nein

Geistige Erkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Genetische Erkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Lebererkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Lungenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Magen-Darm-Erkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Nierenfunktionsstörungen ☐ Ja ☐ Nein

Osteoporose ☐ Ja ☐ Nein

Rheuma ☐ Ja ☐ Nein

Schilddrüsenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein

andere:

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten, speichern und an mit- bzw. weiterbehandelnde Ärzte weitergeben darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

☐ Ich willige ein

☐ Ich willige nicht ein

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

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 / Gesetzlicher Vertreter