

Patienten-Fragebogen

(Bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer PLZ Ort

Telefon (privat / mobil) Telefon (dienstlich)

E-Mail Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich versichert Privat versichert Beihilfeberechtigt

Überweisender Arzt

Hausarzt

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

(Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung eines 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)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Herzklappenerkrankung /-defekt	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Herzerkrankung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Herzoperation	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Patienten-Fragebogen (Seite 2)

(Bitte vollständig ausfüllen)

Infektionserkrankungen

HIV	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Hepatitis	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Tuberkulose	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
andere	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Allergien / Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Schmerzmittel	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Antibiotika	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
andere	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Asthma	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Lungenerkrankungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Rheuma	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Epilepsie	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Diabetes	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Nierenfunktionsstörungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ohnmachtsneigung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
andere	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Allgemeine Angaben:

Raucher	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Wenn ja, <input type="radio"/> 0-10 <input type="radio"/> >10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Wenn ja, welche:
Frühere Röntgenuntersuchungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Wenn ja, Datum/Körperteile
Schwangerschaft	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Wenn ja, welcher Monat

Wichtige Informationen:

- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen tg im Voraus abzusagen. Andernfalls können mir daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe und stimme allen Punkten zu.

Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter