

Sehr geehrte(r) Patient(in),

um Sie optimal versorgen zu können, benötigen wir neben einigen allgemeinen Daten auch Informationen über aktuellen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen so genau wie möglich aus und teilen Sie uns Änderungen sofort mit.

Unsere Mitarbeiter(innen) stehen Ihnen natürlich bei Fragen jederzeit zur Seite.

Patient _____
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter _____
Name Vorname Geburtsdatum

Adresse _____
Straße PLZ Ort

Telefon Tel. geschäftlich Mobil

Fax Email

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Hausarzt _____ Ort _____

Versicherung _____

Sind Sie beihilfeberechtigt oder besteht eine Zusatzversicherung Ja Nein

Wünschen Sie die Rechnungsstellung per Email Ja Nein

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden Ja Nein

Wenn ja, per Brief Email SMS

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden/wer hat Sie empfohlen?

Wir sind stets bemüht, Ihre Wartezeit so kurz wie möglich zu halten. Sie können uns dabei unterstützen, indem Sie uns spätestens 24 Stunden zuvor informieren, falls Sie einen Termin nicht einhalten können.

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand:

Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus? Ja Nein

Wenn ja, weshalb? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente allergisch? Ja Nein

Wenn ja gegen welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Haben Sie bisher alle Betäubungsspritzen gut vertragen? Ja Nein

Haben Sie ein Hörgerät? Ja Nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen oder Befunde?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Herzschwäche | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> MRSA |
| <input type="radio"/> niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Angina pectoris |
| <input type="radio"/> Herzklappenfehler | <input type="radio"/> Herzklappenersatz | <input type="radio"/> Herzschrittmacher |
| <input type="radio"/> künstliche Gelenke | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Diabetes |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Parkinson | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> grüner Star / grauer Star |

Müssen Sie lt. behandelndem Arzt Endocarditisprophylaxe betreiben: Ja Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Marcumar Ja Nein

ASS/Clopidogrel Ja Nein

Xarelto/Pradaxa Ja Nein

Bluten Sie lange nach Verletzungen? Ja Nein

Magen-Darmerkrankung? Ja Nein welche? _____

Atemwegserkrankung (z.B. Asthma)? Ja Nein welche? _____

Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht)? Ja Nein welche? _____

Nierenerkrankung? Ja Nein welche? _____

Knochenerkrankung? Ja Nein welche? _____

Infektionskrankheiten? Hepatitis A/B/C Tuberkulose HIV/AIDS

Tumorerkrankung? Ja Nein welche? _____

Damit verbunden: Bestrahlung Chemotherapie Bisphosphonate

Sonstige Erkrankung? Ja Nein welche? _____

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein wenn ja, wie viele? _____

Sollten Sie Probleme oder Fragen beim Ausfüllen dieses Bogens haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter(innen) oder Ihren behandelnden Arzt. Sie können auch Themen, die Ihnen unangenehm sind mit Ihrem Behandler unter vier Augen besprechen.

Datum _____ Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!