

Patientenfragebogen

- gesetzlich versichert
- Privat versichert - **NICHT** im Basistarif
- Privat versichert – im Basistarif
- Beihilfeberechtigt
- Zahn – Zusatzversicherung

Tel.- Nr.:

E-mail Adresse :

Beruf:

- **Sind Patient und Zahlungspflichtiger NICHT identisch, dann bitte Angaben ergänzen:**

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Straße: PLZ: Ort:

- **Einverständniserklärung bei Behandlung Minderjähriger / Unmündiger**

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet oder liegt eine Unmündigkeit vor, ist für die Behandlung (außer bei akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten / Betreuers notwendig:

Ort: Datum: Unterschrift:

Bestehen/Bestanden in folgenden Organsystemen Erkrankungen oder Auffälligkeiten?

Blut: Nein Ja

- Gerinnungsstörung
- Nachbluten nach OP's
- häufiges Nasenbluten
- oder _____

Gefäße: Nein Ja

- Schlaganfall
- Thrombose
- Krampfadern
- oder _____

Lunge: Nein Ja

- Bronchitis
- Tuberkulose
- Asthma
- oder _____

Augen: Nein Ja

- grüner Star
- grauer Star
- oder _____

Herz: Nein Ja

- Blutdruck: hoch niedrig
- Herzinfarkt
- Klappenfehler
- künstliche Herzklappe

- Herzentzündung
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- Defibrillator
- oder _____

Knochen/Bewegungssystem: Nein Ja

- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- künstliche Gelenke
- oder _____
- Muskelerkrankungen
- knochenstärkende Medikamente
→ genauer Name und Grund _____

Leber: Nein Ja

- Gelbsucht
- Leberzirrhose
- Hepatitis: A B C
- oder _____

Stoffwechsel: Nein Ja

- Diabetes: Typ I Typ II
- Schilddrüsenüber-/unterfkt.
- oder _____

Nieren: Nein Ja

- Nierensteine
- Nierenentzündung
- Dialyse
- oder _____

Nerven: Nein Ja

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Angstzustände
- Lähmungen
- Depressionen
- oder _____

Verdauung: Nein Ja

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Reflux
- Geschwür
- oder _____

Allergien: Nein Ja

Immunsystem: Nein Ja

- Cortison Einnahme
- AIDS
- HIV
- Blutkrebs
- oder _____

regelmäßige Medikamenteneinnahmen: Nein Ja

Wenn ja, welche?

Lag oder liegt bei Ihnen eine Krebserkrankung vor? Nein Ja

Sind Sie schwanger?

Nein Ja

Rauchen Sie?

Nein Ja

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nein Ja

Sind in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen vom Kopfbereich angefertigt worden? Nein Ja Wenn ja, Datum: _____

Mein Hausarzt: (Name, Ort, Telefonnummer)

Recall - Benachrichtigung zur Routineuntersuchung (Bonusheft)

Ja, ich möchte Nein, ich möchte nicht
an den jährlichen Bonustermin erinnert werden (kostenfreier Service)

Bevorzugte Kontaktaufnahme: Anruf SMS E-mail

Die von mir gemachten Angaben auf diesem Bogen, entsprechen meinem Kenntnisstand.

Datum:

Unterschrift:

Ich nehme zur Kenntnis, dass mir bei wiederholtem Nicht-Einhalten von zuvor vereinbarten Terminen eine Honorarausfallgebühr in Rechnung gestellt werden kann.

Datum:

Unterschrift:

Im Rahmen der zusätzlichen Eigenverantwortung des Patienten, werden viele medizinisch notwendige Behandlungen nicht mehr von der Kasse getragen.

Gern sind wir bereit, Sie vor jeder Behandlung noch einmal darauf hin anzusprechen.