

# 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 ... wann? \_\_\_\_\_
- Klappenfehler
- Herzklappenersatz

- Endokarditis
- Herzschwäche
- 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

- Anfallsleiden (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

Haben Sie eine Bestrahlung oder knochenstärkende Medikamente erhalten? Nein Ja

**Sind Sie schwanger?**

Nein Ja

**Rauchen Sie?**

Nein Ja

**Trinken Sie täglich 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.