



## **Patienten – Fragebogen**

( bitte vollständig ausfüllen )

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

---

**Nachname, Vorname (Patient)**

**Geburtsdatum**

---

**Straße, Hausnummer**

**Postleitzahl, Ort**

---

**Telefon (privat/mobil)**

**Telefon (geschäftlich)**

---

**E-Mail**

**Beruf**

---

**Name der Krankenkasse/ Versicherung**

gesetzlich versichert

privat versichert – im Basistarif

privat versichert – nicht im Basistarif

Beihilfe berechtigt

---

**Name Hausarzt**

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

---

**Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)**

**Geburtsdatum**

---

**Straße, Hausnummer**

**Postleitzahl, Ort**

### **Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger**

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

---

**Datum**

**Erziehungsberechtigter**

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:**

#### **Herz- Kreislauf- Erkrankungen:**

hoher Blutdruck (Hypertonie)                       Ja                       Nein

niedriger Blutdruck (Hypotonie)                       Ja                       Nein

Herzklappenerkrankung/- defekt                       Ja                       Nein

Herzerkrankung                       Ja                       Nein

Herzoperation                       Ja                       Nein

Herzschrittmacher                       Ja                       Nein

**Bitte wenden!!!**

**Infektionserkrankungen:**HIV  Ja  NeinHepatitis  Ja  NeinTuberkulose  Ja  Nein

andere: \_\_\_\_\_

**Allergien/ Unverträglichkeiten:**Lokalanästhetika (Spritzen)  Ja  NeinSchmerzmittel  Ja  NeinAntibiotika  Ja  NeinLatex  Ja  Nein

andere: \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen:**Blutgerinnungsstörungen  Ja  NeinAsthma  Ja  NeinLungenerkrankung  Ja  NeinSchilddrüsenerkrankung  Ja  NeinRheuma  Ja  NeinEpilepsie  Ja  NeinDiabetes  Ja  NeinNierenfunktionsstörungen  Ja  NeinOsteoporose  Ja  NeinOhnmachtsneigung  Ja  Nein

andere: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben:**Raucher  Ja  Neinregelmäßige Medikamente  Ja  Nein

Wenn ja, Name: \_\_\_\_\_

frühere Röntgenuntersuchung  Ja  Nein

Wenn ja, Datum/Körperteile: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft  Ja  Nein

Wenn ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

**Datum****Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/  
Erziehungsberechtigter**