

# Patienten- Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

---

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

---

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

---

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

---

E-Mail Beruf

---

Name der Versicherung / Krankenkasse

( ) Ich habe eine Zusatzversicherung

( ) Ich bin im PKV-Standardtarif versichert

( ) Ich bin beihilfeberechtigt

( ) Ich bin im PKV-Basistarif versichert

---

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

**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:**

### Gesundheitszustand Bitte ankreuzen

#### Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie) ( ) Ja ( ) Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) ( ) Ja ( ) Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt ( ) Ja ( ) Nein

Herzkrankung ( ) Ja ( ) Nein

Herzoperation ( ) Ja ( ) Nein

Herzschrittmacher ( ) Ja ( ) Nein

**Möchten Sie an Ihre Termine bei uns per E-Mail oder SMS erinnert werden?**

( ) Ja ( ) Nein

#### Infektionserkrankungen:

HIV ( ) Ja ( ) Nein

Hepatitis ( ) Ja ( ) Nein

Tuberkulose ( ) Ja ( ) Nein

andere:

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhetika ( ) Ja ( ) Nein  
 Schmerzmittel ( ) Ja ( ) Nein  
 Antibiotika ( ) Ja ( ) Nein  
 andere:

**Weitere Erkrankungen:**

Blutgerinnungsstörungen ( ) Ja ( ) Nein  
 Grauer/Grüner Star ( ) Ja ( ) Nein  
 Asthma ( ) Ja ( ) Nein  
 Lungenerkrankung ( ) Ja ( ) Nein  
 Schilddrüsenerkrankung ( ) Ja ( ) Nein  
 Rheuma ( ) Ja ( ) Nein  
 Epilepsie ( ) Ja ( ) Nein  
 Diabetes ( ) Ja ( ) Nein  
 Nierenfunktionsstörungen ( ) Ja ( ) Nein  
 Ohnmachtsneigung ( ) Ja ( ) Nein  
 andere

**Allgemeine Angaben:**

Drogenkonsum ( ) Ja ( ) Nein  
 Alkoholgenuss ( ) Ja ( ) Nein Wenn ja, selten oft regelmäßig  
 Raucher ( ) Ja ( ) Nein Wenn ja, 0- 10 über 10 Zig./Tag  
 Regelmäßige Medikamente ( ) Ja ( ) Nein Wenn ja, seit wann / Name:

---

Frühere Röntgenuntersuchung ( ) Ja ( ) Nein Wenn ja, Datum:

---

Schwangerschaft ( ) Ja ( ) Nein Wenn ja, welcher Monat:

---

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

---

**Wichtige Informationen:**

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes gemäß **Datenschutzgrundverordnung ( DSGVO ) vom 25.05.2018** und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich erkläre mich bereit, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

---

Datum Unterschrift Patient oder Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter