

Gesundheitsfragebogen

Name (Patient): _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

versichert: gesetzlich privat private Zusatzversicherung beihilfeberechtigt

Name (Versicherter): _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon (Festnetz): _____ (mobil): _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

E-Mail-Adresse: _____

Regelmäßige Medikamente Nein Ja welche und seit wann?

Schwangerschaft Nein Ja welcher Monat / Entbindungstermin?

Raucher Nein Ja 0-10 über 10 Zigaretten/Tag

Pflegegrad (§53 SGB XII) Nein Ja welcher Pflegegrad Fristablauf? Wann?

Eingliederungshilfe Nein Ja Befristung: Nein bis: _____

Herz-Kreislauf-Erkrankung:

Hoher Blutdruck Nein Ja _____

Niedriger Blutdruck Nein Ja _____

Herzklappenerk./-defekt Nein Ja _____

Herzerkrankung Nein Ja _____

Herzoperation Nein Ja _____

Herzschrittmacher Nein Ja _____

Andere: _____

Infektionserkrankungen:

HIV Nein Ja _____

Hepatitis Nein Ja _____

Tuberkulose Nein Ja _____

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit Nein Ja _____

Andere: _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika	Nein	Ja	_____
Schmerzmittel	Nein	Ja	_____
Antibiotika	Nein	Ja	_____
Metalle / Kunststoffe	Nein	Ja	_____
Andere:			_____

Weitere Erkrankungen:

Asthma	Nein	Ja	_____
Diabetes	Nein	Ja	_____
Epilepsie	Nein	Ja	_____
Genetische Erkrankungen	Nein	Ja	_____
Glaukom	Nein	Ja	_____
Lebererkrankungen	Nein	Ja	_____
Lungenerkrankungen	Nein	Ja	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	Nein	Ja	_____
Nierenfunktionsstörungen	Nein	Ja	_____
Ohnmachtsneigung	Nein	Ja	_____
Osteoporose	Nein	Ja	_____
Rheuma	Nein	Ja	_____
Schilddrüsenerkrankungen	Nein	Ja	_____
Andere:			_____

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich bin damit einverstanden, auf notwendige oder sinnvolle Untersuchungen/Behandlungen auch telefonisch, schriftlich, über E-Mail oder per SMS hingewiesen zu werden. Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient/Vertreter