



---

Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum, Geschlecht: <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀
Straße Hausnummer	Postleitzahl Ort
Telefon (privat/mobil)	Telefon (geschäftlich)
E-Mail	Beruf
Name der Versicherung/Krankenkasse	Ich bin: <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> zusatzversichert
Überweisender Arzt	Hausarzt

  

1. Allergie/Unverträglichkeiten (welche)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Atemwegserkrankungen (welche)*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Blutgerinnungsstörung°	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Diabetes (welcher Typ)*°	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Glaukom (erhöhter Augendruck)*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe)°	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8.1. Herzinsuffizienz* <input type="checkbox"/>	
8.2. Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris* <input type="checkbox"/>	
8.3. Herzinfarkt* <input type="checkbox"/>	
8.4. Herzrhythmusstörungen* <input type="checkbox"/>	
8.5. Herzschrittmacher <input type="checkbox"/>	
8.6. Herzklappenfehler/-ersatz° <input type="checkbox"/>	
8.7. Erhöhter Blutdruck (Hypertonie)* <input type="checkbox"/>	
8.8. Verminderter Blutdruck (Hypotonie) <input type="checkbox"/>	
8.9. Mangeldurchblutung des ZNS/Schlaganfall* <input type="checkbox"/>	
9. Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9.1. Hepatitis <input type="checkbox"/>	
9.2. Immunmangel-Syndrom (AIDS)° <input type="checkbox"/>	
9.3. Tuberkulose <input type="checkbox"/>	
10. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11. Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12. Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12.1. Chronische Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/>	
12.2. Dialyse° <input type="checkbox"/>	
13. Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
14. Rheumatoide Arthritis°	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15. Schilddrüsenerkrankungen*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
16. Tumorerkrankungen°	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
17. Frühere Operationen? (welche)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
18. Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
19. Besteht eine Schwangerschaft?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



20. Nehmen Sie Medikamente? (welche)\*°  Ja  Nein
21. Andere Erkrankungen?  Ja  Nein
22. Drogenkonsum  Ja  Nein
23. Alkoholenuss  Ja  Nein Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig
24. Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0 - 10  über 10 Zig./Tag
25. Röntgenuntersuchungen in den letzten 2 Jahren  Ja  Nein Wenn ja, was:
26. Ich möchte an einen Kontrolltermin erinnert werden  Ja  Nein Wenn ja, telefonisch, per Fax oder per E-Mail

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 verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass ich an einen vereinbarten Termin telefonisch, per Fax oder per E-Mail erinnert werden kann.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

---

Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

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

---

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

---

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigter)

Straße Hausnummer

---

Postleitzahl Ort

Telefon (privat/mobil)

---

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

---