

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass wir Sie in unserer Gemeinschaftspraxis begrüßen dürfen. Bevor wir Sie behandeln können, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Die Datenschutzerklärung der Praxis liegt im Wartebereich aus. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese gelesen und zur Kenntnis genommen haben. Bitte denken Sie auch an Ihre Versichertenkarte!

## PERSÖNLICHE ANGABEN

.....		
Name	Vorname	Geburtsdatum/-ort
.....		
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
.....		
Telefon Privat	Telefon Arbeit	Mobilnummer
.....		
E-Mail		
.....		
Beruf		Arbeitgeber (freiwillige Angabe)

---

## VERSICHERUNG

.....

Krankenkasse

Gesetzlich versichert     Privat versichert     Zusatzversicherung     Beihilfe

Falls Patient und Mitglieder der Versicherung nicht identisch sind, tragen Sie bitte hier die Daten des Versicherungsnehmers ein:

.....		
Name	Vorname	Geburtsdatum
.....		
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort

## WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN:

Persönliche Empfehlung von: .....(freiwillige Angabe)

im Vorbeigehen/-fahren     Internet     Flyer, Anzeige

**Bitte wenden!**

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

<u>HERZ</u>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	<u>WEITERE ERKRANKUNGEN</u>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose/ Knochenschwund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzerkrankung (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaukom (Grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung/ künstliche Herzklappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopf- oder Nackenschmerzen, Kiefergelenksknacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>NIERE</u></b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	künstliche Gelenke (z.B. Knie, Hüfte, Schulter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>LUNGE</u></b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	<b><u>ALLERGIEN</u></b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Chronische Bronchitis/ Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamentenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicillin-Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>LEBER</u></b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Zirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie einen Allergiepass? (Bitte bringen Sie den Pass mit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>HABEN SIE EINE HIER NICHT AUFGEFÜHRTE KRANKHEIT? Wenn ja welche?</b>					
<b><u>KREISLAUF</u></b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	<b><u>SONSTIGES</u></b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Schlafapnoe und/oder Schnarchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja welchen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>NERVENSYSTEM</u></b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	Vertragen Sie Medikamente mit alkoholischen Inhaltsstoffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression / Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>STOFFWECHSEL</u></b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	Wünschen Sie eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wer ist Ihr Hausarzt/ Internist? _____		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b><u>MEDIKAMENTE</u></b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	<b>Die Praxis wird nach dem Bestell-System geführt. An Ihrem Termin ist die Zeit für Sie reserviert. Daher bitten wir Sie, Termine rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, sofern Sie diese nicht einhalten können. Häufige, gerade kurzfristige Terminabsagen oder das Versäumen von Terminen werden dazu führen, dass wir Ihnen nur noch längerfristig Termine geben können. Gemäß §615 (1) BGB sind wir berechtigt, nicht abgesagte Termine in Rechnung zu stellen. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben:</b>		
Nehmen Sie Bisphosphonate (bei Osteoporose oder Tumorerkrankung) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nehmen Sie andere Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Zustimmungserklärung zur Übermittlung medizinischer Daten an mitbehandelnde Ärzte / Zahnärzte**  
 In Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzbestimmungen und unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorgaben erteile ich hiermit meine Zustimmung zur Übermittlung meiner medizinischen Daten an mitbehandelnde Ärzte/ Zahnärzte.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift des Patienten oder des sorgeberechtigten Elternteils