

Patientenerhebungsbogen

Telefon (privat): _____ (dienstlich) _____

Hausarzt / Anschrift / Telefon: _____

Handelt es sich beim Patienten und beim Hauptversicherten nicht um dieselbe Person, bitte auch Nachfolgendes angeben.

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am: _____

PLZ / Wohnort / Straße: _____

Beruf / Arbeitgeber: _____

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz/Kreislaufferkrankungen

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrillmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Endokarditis(Herzinnenhautentzünd.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzoperationen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie (Anfallsleiden) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma / Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes/ Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Drogenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmacht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Infektiöse Erkrankungen:

- | | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| AIDS | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Lokalanästhesie / Spritzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Antibiotika | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Metalle | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstige Erkrankungen _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Ich verpflichte mich alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Desweiteren verpflichte ich mich vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____