
Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

Arbeitgeber

gesetzlich versichert

familienversichert

Zahnzusatz - Versicherung

privat versichert

beihilfeberechtigt

privat versichert – im Basistarif

Familienversicherte Patienten ergänzen bitte die Angaben des Hauptversicherten:

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

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung, laufende Behandlungstermine oder Prophylaxe in Absprache mit Ihnen erinnert werden? ja, bitte nein, danke

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bitte wenden

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bemerkungen:

Infektions-erkrankungen:

HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	andere:	

Bemerkungen:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika	<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	andere:	

Bemerkungen:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

andere:
Bemerkungen:

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig	
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> über 10 Zig./Tag	
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Monat	
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit wann / Name	

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden 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 rechtzeitig abzusagen.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient und Hauptversicherter/Erziehungsberechtigter