

Ärztlicher Fragebogen

Patient:
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift:
Straße

.....
PLZ Ort

.....
Telefon mobil* E-mail*

Versicherung:
() GKV- () privat

Beruf: Arbeitgeber:(freiwillige Angabe)

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden: () Empfehlung von
() Telefonbuch () Internet () andere:

Fragen nach Vorerkrankung / Risiken

- akute / chronische Herzleiden ?

- Hatten sie bereits einen Infarkt / Schlaganfall ?

- Bestehen Blutgerinnungs-Störungen ?

- zu niedriger / zu hoher Blutdruck ?

- Innere Krankheiten (z.B. Diabetes) ?

- Infektionskrankheiten (insbes. Hepatitis, Tbc, HIV) ?

- Auto-Immunkrankheiten (z.B. Rheuma, Collitis) ?

- Allergien ?

- Atemwegserkrankungen ?

- Bestehen andere Grundleiden ?

- letzte Krankenhausaufenthalte ?

- Anästhesieunverträglichkeit ?

- Medikamenten-Unverträglichkeiten ?

- Medikamente, die z. Zt. eingenommen werden: (Ggf. Beipackzettel mitbringen)

.....

.....

.....

.....

- Werden insbesondere Blutverdünner eingenommen ?

- Besteht eine Schwangerschaft ? Entbindungstermin :

- Sind Sie z. Zt. in ärztlicher Behandlung ?

.....

- Wer ist Ihr Hausarzt ?

- Wen dürfen wir benachrichtigen, falls Sie Hilfe von Angehörigen brauchen ?

.....

Name, Telefon

- für GKV-Patienten: Haben Sie eine private Zusatzversicherung?

- Haben Sie ein Bonusheft ?

- Haben Sie einen Röntgenpass ?

.....

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert und unterliegen den strengen gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.