

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN SORGFÄLTIG, DAMIT WIR ETWAIGEN RISIKEN BESSER VORBEUGEN KÖNNEN. ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN UND UNTERSTREICHEN BZW. ERGÄNZEN. BEI BEDARF HELFEN WIR IHNEN GERNE BEIM AUSFÜLLEN.

Patient

Nachname	geboren am	Straße, Hausnr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vorname	PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail	Beruf		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefonnummer (Festnetz)	Hausarzt		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Mobilnummer	Zahnarzt		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Versicherungstatus	Möchten Sie uns sagen, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind?
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Freunde/Empfehlung
<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Internet-Suchmaschine
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Hausarzt/Zahnarzt
<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Andere:

Gesundheitsfragen Ja Nein

01. Nehmen Sie Medikamente ein?
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar®, Aspirin®, ASS®, Plavix®), Beruhigungsmittel, Schlafmittel, „Antibabypille“, Medikamente gegen Bluthochdruck, Schilddrüsenmedikamente oder andere Medikamente:
..... Ja Nein
Falls Sie einen Marcumarausweis besitzen, bitte vorlegen.

02. Sind Sie am Herz-Kreislauf-System erkrankt?
(z.B. hoher Blutdruck, Rhythmusstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündungen) oder tragen Sie einen Herzschrittmacher, eine künstliche Herzklappe oder:
..... Ja Nein

03. Leiden Sie an Erkrankungen der Atemwege?
(z.B. Asthma bronchiale, Lungenemphysem, COPD)? Ja Nein

04. Leiden Sie unter häufigen ...
... Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Verletzungen, Gerinnungsstörungen, Thromboseneigung? Ja Nein

05. Liegen Allergien oder Unverträglichkeiten vor?
Sind Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma) bekannt oder Unverträglichkeit von Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten (z. B. Antibiotika), Pflaster, Latex? Ja Nein

Fortsetzung auf der Rückseite

- 06. Haben Sie eine neurologische Erkrankung?**
(z.B. Multiple Sklerose, Epilepsie)? Ja Nein
- 07. Hatten Sie einen Schlaganfall?** Ja Nein
- 08. Haben Sie eine Stoffwechselstörung?**
(z. B. Diabetes, Gicht) oder: Ja Nein
- 09. Haben Sie häufig Infektionen?**
Oder besteht bei Ihnen eine chronische Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV, AIDS, Tuberkulose)? Ja Nein
- 10. Leiden Sie an einer Krebserkrankung?**
Oder sind Sie wegen eines Tumors schon einmal operiert worden ? Wenn ja, welche und wo?..... Ja Nein
.....
Strahlen- und/oder Chemotherapie Ja Nein
- 11. Hatten Sie aufgrund einer Krebserkrankung oder Knochenschwäche (z. B. Osteoporose) schon einmal eine Behandlung mit Bisphosphonaten?**
(z. B. Zometa, Aredia, Actonel, Bondronat, Fosamax) zur Knochenstärkung bekommen? Ja Nein
Wenn ja, welche? als Infusion oder als Tablette?
- 12. Neigen Sie zu verstärkter Narbenbildung?** Ja Nein
- 13. Falls Sie schon einmal eine Spritze zur örtlichen Betäubung oder einer Vollnarkose bekamen:**
Gab es dabei Komplikationen? Wenn ja, welche? Ja Nein
- 14. Leiden Sie unter einer Erbkrankheit oder einer chronischen Erkrankung?**
Wenn ja, welche? Ja Nein
- 15. Leiden Sie unter Muskelerkrankungen (z. B. Myastenia gravis)?** Ja Nein
- 16. Sind Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung gewesen?**
Wenn ja, welche? Ja Nein
- 17. Rauchen Sie?**
Falls ja, was (z. B. Zigarette, E-Zigarette, Pfeife) und wieviel? Ja Nein
- 18. Für Frauen im gebärfähigen Alter?**
Könnten Sie schwanger sein? Ja Nein
Stillen Sie? Ja Nein
- 19. Bei einem Unfall.** (Bei Berufs- oder Schulunfällen bitte Zusatzbogen ausfüllen!)
Angaben zu dem Unfallhergang:.....
..... Uhrzeit: :
Waren Sie bewusstlos?..... Ja Nein
Besteht ein Tetanusschutz? Ja Nein

Einwilligungserklärung personenbezogene Daten
Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie unsere aktuellen Datenschutzrichtlinien an. Für Patienten unter 16 Jahren ist die Einwilligung der Erziehungsberechtigten notwendig. Auf Anfrage können Sie unsere Datenschutzrichtlinien einsehen. Bitte sprechen Sie hierfür gerne unser Empfangspersonal an.

Ort, Datum	Unterschrift (Patientin / Patient)	ggf. Unterschrift gesetzl. Vertreter / Betreuer
------------	------------------------------------	---