

PATIENTEN-ERHEBUNGSBOGEN

Name, Vorname:

Geb.:

Versicherter:

Geb.:

Anschrift:

.....

Telefon Nr.:

Mobil:

E- Mail:

Beruf/Arbeitgeber

Krankenkasse:

Private Zusatzversicherung Ja Nein

Möchten Sie in unser Recall aufgenommen werden? Ja Nein

(Terminerinnerung per SMS) ¼ jähr. ½ jähr.

Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Krankheiten? Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Zuckerkrankheit (Diabetes)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung (Marcumar)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Allergien (Asthma)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma / Lungenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nervenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung / Hepatitis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden, z.B. Epilepsie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Immunschwäche AIDS	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Herzens (Herzoperationen)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Bitte beachten sie unsere Rückseite.

PATIENTEN-ERHEBUNGSBOGEN

Sonstige Erkrankungen?

Nehmen Sie irgendwelche Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja nein

Wenn ja, welche?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja in welchem Monat?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bitte teilen sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.

BITTE BEACHTEN !!

Eine Absage sollte nur in dringenden Fällen erfolgen, spätestens jedoch 24 Stunden vor der Behandlung. Wird der Termin jedoch nicht abgesagt oder nicht eingehalten, müssen wir Ihnen eine **Kostenpauschale von 40,- € pro halbe Stunde** privat in Rechnung stellen.

Örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Sie 1 Std. nicht und 24 Std. nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Datum:

Unterschrift:

Gesetzlicher Vertreter/in:

Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Ich,, stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Ich werde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ort, Datum: Unterschrift: