

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments.

Patient	.....	
	Titel / Name	Vorname	Geb.-Datum
Anschrift	.....	
	Straße	Hausnummer	PLZ, Wohnort
Tel. (Privat)	.....	
	E-Mail		
Tel. (Mobil)	.....	
	Beruf/Tätigkeit		
Krankenvers.	.....	
	Beihilfeberechtigung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
versichert über	.....	
	Name	Vorname	Geb.-Datum
Anschrift	.....	
	Straße	Hausnummer	PLZ, Wohnort

- | | | | |
|---|---|---|--|
| Sind Sie schwanger? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Trinken Sie Kaffee? | <input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> < 3 Tassen/Tag <input type="radio"/> > 3 Tassen/Tag |
| Haben Sie Haustiere? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Wenn ja, welche: | ..... |
| Schnarchen Sie? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Sind nächtliche Atemaussetzer bekannt? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> aufgehört | Wenn ja, wie viel am Tag? | Seit wann? |
| Treiben Sie Sport? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Wenn ja, welchen und wie oft? | ..... |
| Leiden Sie unter Schlafstörungen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? | ..... |
| Operationen/Bestrahlung/Chemotherapie? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Wenn ja, welche (wann möglichst mit Jahreszahl): | ..... |

- | | | | |
|--|---|-------------------------|-------|
| Allergien? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Wenn ja, welche: | ..... |
| Medikamentenunverträglichkeiten? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Wenn ja, welche: | ..... |
| Ist eine Berufskrankheit bekannt? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Wenn ja, welche: | ..... |

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen/Infektionen?

- | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Diabetes |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> Asthma bronch. | <input type="radio"/> COPD | <input type="radio"/> Tuberkulose |
| <input type="radio"/> Gemütskrankheiten | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="radio"/> Reizdarm | <input type="radio"/> Krampfanfälle | <input type="radio"/> Blutungsneigung |
| <input type="radio"/> Migräne | <input type="radio"/> Chr. Infektionen | <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> Arthrose | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Krebserkrankungen | <input type="radio"/> Glaukom | <input type="radio"/> HIV | <input type="radio"/> Windpocken | <input type="radio"/> Röteln |
| <input type="radio"/> Masern | <input type="radio"/> Mumps | <input type="radio"/> Keuchhusten | <input type="radio"/> Hepatitis | |

Sonstige: 



Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck
 - Herzrhythmusstör.
 - Herzinfarkt
 - Schlaganfall
 - Thrombose
 - Krebserkrankungen
 - Allergien
 - Diabetes mellitus
 - Asthma bronch.
 - COPD

Sonstige: _____

Neigen Sie zu?

- Kopfschmerzen
 - Leistungsminderung
 - Bauchschmerzen
 - Durchfall
 - Verstopfung
 - Rückenschmerzen
 - Gedächtnisschwäche
 - Traurigkeit
 - Müdigkeit
 - Schwindel
 - Übelkeit
 - Atemnot
 - Nahrungsmittelunverträglichkeit

Wie viele Infekte (z.B. Erkältung, Hals- bzw. Blasenentzündung) hatten Sie in den letzten 12 Monaten:

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, Blutverdünner, bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Reisen in außereuropäische Länder in den letzten Wochen/Monaten/Jahren? ja nein

Kontakt zu unserer Praxis/Empfehlung durch:

- Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

Wann war Ihre letzte Gesundheits-/Krebsvorsorge?

Möchten Sie über Vorsorge-Termine informiert werden? ja nein

Hiermit beantrage ich die Untersuchung und Behandlung als Privatpatient bis zu meinem schriftlichen Widerruf. Mit der Liquidation nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) bin ich einverstanden. Das Honorar habe ich unabhängig von der Erstattung durch Versicherung oder Beihilfe selbst zu tragen.

Datum

.....

Unterschrift