Patienten-Fragebogen

Sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis und bitten Sie, im Interesse Ihrer Sicherheit diesen Fragebogen auszufüllen.
Sollten Sie beim Ausfüllen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne.

Nachname: _____ Geburts-Datum: _____

Vorname: _____ Telefon dienstl.: _____

Straße: _____ privat: _____

PLZ, Ort: _____ Arbeitgeber: _____

E-Mail-Adresse: _____ Beihilfe: ja ☐ nein ☐

Krankenversicherung: _____ Hauptversicherter: _____
Geburts-Datum: _____

Rechnungsadresse, falls nicht wie oben:_____

Name des Hausarztes: _____

1. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein:

2. Nehmen Sie ein blutverdünnendes Medikament, z.B. Marcumar, Plavix, Clopidogrel?
ja ☐ nein ☐ welches?

3. Hatten Sie schon einmal eine unerwünschte Reaktion nach Einnahme eines Medikamentes?
ja ☐ nein ☐ bei welchem?

4. Leiden Sie an einer Allergie?
ja ☐ nein ☐ welche? muster

bitte wenden !!

5. Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers/Insulinpumpe/Port? ja ☐ nein ☐

6. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja ☐ nein ☐

7. Welche Röntgenaufnahmen sind bei Ihnen in den letzten Jahren gemacht worden?

8. Wurde jemals eine Osteoporoseuntersuchung (Knochendichte) gemacht?

9. Nennen Sie uns bitte Operationen, die früher bei Ihnen durchgeführt wurden:

10. Wegen welcher Krankheiten sind oder waren Sie in Behandlung?

11. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

durch Empfehlung des Hausarztes	☐	eines Facharztes	☐
von Freunden, Bekannten, Familienangehörigen			☐
über das Internet			☐
sonstiges			☐

In Einzelfällen kann es bei besonders hohem zeitlichen Aufwand oder schwierigen Fällen notwendig sein, den 3,5fachen Steigerungssatz gemäß der GOÄ zu berechnen.
Je nach Tarif kann es dazu führen, dass die Versicherung/Beihilfe nicht den vollen Rechnungsbetrag erstattet.

Gemäß §73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass meine behandelnder Arzt Befunde und Behandlungsdaten von mir bei weiteren Ärzten/Krankenhäusern einholt und dass er erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt (Datenübermittlung).
Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. (ggf. bitte streichen)

Ich bin damit einverstanden, über neue Therapiemöglichkeiten und notwendige Kontrolltermine informiert zu werden. (ggf. bitte streichen)

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe