

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sehr sorgfältig aus, damit wir Sie ganzheitlich & bestmöglich behandeln können. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht StGB § 203 und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Bitte teilen Sie uns in Zukunft Veränderungen dieser Angaben rechtzeitig vor Behandlungsbeginn mit.

PATIENT*IN

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Krankenkasse _____

Arbeitgeber _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- auf Empfehlung _____ Website _____
- Suchmaschine _____
- Sonstige (Telefonbuch, Anzeige etc.) _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so informieren Sie uns bitte mindestens 24 St vorher darüber. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass für nicht rechtzeitig abgesagte Termine oder unentschuldigtes Fernbleiben die entgangene und kostenverursachende Arbeitszeit in Rechnung gestellt werden kann.

Datum, Unterschrift der/des Patientin/Patienten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters



Welche Medikamente nehmen Sie regelmufig ein?

- Herzasthma, Angina pectoris
Herzschrittmacher
Endokarditis
Bluthochdruck
Gerinnungsstörung

Wie groß sind Sie? _____ cm

Sonstige: _____

Wie schwer sind Sie? _____ kg

Erkrankungen der Venen [] Ja [] Nein

Gefäßerkrankungen [] Ja [] Nein

Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

Stoffwechselerkrankungen [] Ja [] Nein

Zuckerkrankheit

Sonstige: _____

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Augenerkrankungen [] Ja [] Nein

Grüner Star

Sonstige: _____

Wurden Sie schon einmal operiert? [] Ja [] Nein
Wenn ja, was wurde wann operiert?

Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Depressionen, Epilepsie) [] Ja [] Nein

Welche: _____

Sind Allergien bekannt? [] Ja [] Nein
Wenn ja, welche?

Erkrankungen der Atemwege [] Ja [] Nein

Asthma

Sonstige: _____

Haben Sie allergietypische Beschwerden, die bisher nicht näher abgeklärt wurden? [] Ja [] Nein

Infektionskrankheiten [] Ja [] Nein

Hepatitis (Leberentzündung, Gelbsucht)

Tuberkulose

AIDS / HIV

Sonstige: _____

Schnarchen Sie? [] Ja [] Nein

Haben Sie Atemaussetzer während des Schlafens? [] Ja [] Nein
[] weiß nicht

Tumorerkrankungen [] Ja [] Nein

Welche? _____

Rauchen Sie? [] Ja [] Nein

Bestrahlung, Chemotherapie

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag ca.? _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Finden regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen statt? [] Ja [] Nein

Trinken Sie Alkohol? [] Ja [] Nein
Wenn ja, wie viel und wie häufig?

Besteht bei Ihnen ein zusätzlicher Beratungswunsch hinsichtlich ästhetischer Behandlungen? [] Ja [] Nein

Herz-Kreislaufferkrankungen [] Ja [] Nein
Herzschwäche (Insuffizienz)
Herzklappenersatz/-fehler

Besteht bei Ihnen ein zusätzlicher Beratungswunsch hinsichtlich Ernährungsberatung? [] Ja [] Nein