

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen sorgfältig aus. Dadurch erleichtern Sie uns das Erkennen von Risikofaktoren und unterstützen so eine optimale Behandlung.

Patientenstammdaten

Name des Patienten	Vorname des Patienten	Geb. Datum des Patienten
Name des Mitgliedes	Vorname des Mitgliedes	Geb. Datum des Mitgliedes

Straße		PLZ / Wohnort ggf. Land
Festnetztelefon	Mobiltelefon	Email
Beruf (freiwillige Angabe)		Arbeitgeber (freiwillige Angabe)
Gesetzlich versichert		Privat versichert
Krankenversicherung		ggf. Zusatzversicherung
Hausarzt		Hauszahnarzt
Überweisender Arzt		Wichtiger Angehöriger mit Telefonnummer
Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (freiwillige Angabe)		

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen! Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns den Ablauf in der Praxis erleichtern.
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig.

Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen. Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht!

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Würgereiz |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Gelenkersatz |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen, Dialyse | <input type="checkbox"/> HIV positiv, AIDS |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP | <input type="checkbox"/> Diabetes / Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Osteoporose, Bisphosphonat-
therapie |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz / -fehler | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung / Glaukom
(grüner Star) |
| <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe notwendig | <input type="checkbox"/> Magen-, Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Hepatitis B, Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung / -schrittmacher | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Regelmäßiger Alkoholkonsum |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von verdünnenden Medikamenten
(Markumar, ASS, Plavix, Aspirin, Godamed,
Pradaxa, Xarelto) | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | Welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlungstherapie | Warum? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Komplikationen bei örtlicher Betäubung (LA) | Warum? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergien | Welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen / Blutungsneigung | Welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? | Wieviel? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie Drogen? | Welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie schwanger? | Welche Woche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie Medikamente? | Welche? _____ | |

Ich versichere, dass ich alle mir bekannten Erkrankungen, gesundheitlichen Belange, Risikofaktoren und Medikamente richtig und vollständig angegeben habe.

Ort / Datum

Unterschrift

Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Herr/Frau - kompletter Name, Anschrift

stimmt der Speicherung seiner/ihrer personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Er/Sie wird darauf hingewiesen, dass er/sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ich stimme zu, dass meine nächsten Angehörigen (Eltern, Ehe-/ Lebenspartner, Kinder(nicht zutreffendes streichen, fehlendes ergänzen)Termininformationen einholen und Termine vereinbaren bzw. ändern dürfen sowie Befundinformationen einholen dürfen.

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift