



Herzlich willkommen in unserer Praxis

Um Ihnen eine optimale und komplikationslose Behandlung bieten zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Wir bitten Sie daher, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Telefon (privat | mobil)

Beruf

Geburtsdatum | -ort

Postleitzahl, Ort

E-Mail

Arbeitgeber

Nur bei minderjährigen Patienten:

Name des Versicherten

Geburtsdatum des Versicherten

KRANKENVERSICHERUNG

gesetzlich beihilferechtigt privat

Zusatzversicherung:

JA NEIN

Name der Versicherung

Ihr Hausarzt:

Name | Ort

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

HINWEISE ZUR ORGANISATION

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt und arbeitet mit festen Terminen. Die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie und Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte spätestens 48 Stunden vorher ab, damit wir den Termin anderweitig vergeben können. Bei Nichteinhaltung oder nicht rechtzeitiger Absage des Termins kann Ihnen die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

SERVICE

Möchten Sie im Rahmen unseres Recallsystems an Ihre Kontrolluntersuchung erinnert werden?

JA NEIN

Wenn ja, wie? per Post per E-Mail per SMS



GESUNDHEITSFRAGEN

Ärztliche Behandlung

Ja | Nein

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Medikamente

Ja | Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich ein? Bitte **vollständig** angeben:

Medikamente gegen Osteoporose oder Knochenmetastasen, so genannte Bisphosphonate / Antiresorptiva (z.B. Zometa, Denusomab)?

Allergien

Ja | Nein

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht eine Überempfindlichkeit/Allergie?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Infektionskrankheiten

Ja | Nein

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B, C)
HIV-Infektion
Tuberkulose

Herzerkrankungen

Ja | Nein

Leiden Sie an einer Erkrankung des Herzens?
Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern)
Angina pectoris/Herzinfarkt
Herzfehler/Herzklappenersatz
Endokarditis
Haben Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator?
Haben Sie einen Herzpass?

Kreislaufkrankungen

Ja | Nein

zu hoher Blutdruck
zu niedriger Blutdruck

Bluterkrankungen

Ja | Nein

Blutungsneigung (Hämophilie)
Blutarmut (Anämie)
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
(z.B. ASS, Marcumar, Xarelto, Eliquis)

Erkrankungen des Nervensystems

Ja | Nein

Anfallsleiden/Epilepsie?
Nehmen Sie Aufputsch-, Beruhigungsmittel?

Erkrankungen anderer Organe

Ja | Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)
Atemwegserkrankung (Asthma, COPD)
Magen-, Darmerkrankungen
Nierenerkrankungen
Osteoporose
Grüner Star (Glaukom)

Tumorerkrankung

Ja | Nein

Leiden/litten Sie an einer Krebserkrankung?
Wenn ja, welche?

Wie sind sie therapiert worden (Operation, Chemotherapie, Bestrahlung, Bisphosphonate)?

Weitere Angaben

Ja | Nein

Rauchen Sie?
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?
Sind Sie drogenabhängig?

Röntgen

Ja | Nein

Wurden bei Ihnen im letzten Jahr Aufnahmen von Zähnen/Kiefer angefertigt?

Schwangerschaft

Ja | Nein

Sind Sie schwanger?
Wenn ja, welcher Monat?

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und versichere, dass ich jegliche Änderungen meines Gesundheitszustandes unverzüglich mitteile.

Datum | Unterschrift