

GESUNDHEITS FRAGEBOGEN

Name: _____
 Geburtsdatum: _____
 Beruf: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon Festnetz: _____

Hausarzt: _____ in _____
 Krankenversicherung gesetzlich privat
 Zahnzusatzversicherung ja nein
 E-Mail: _____
 Telefon Mobil: _____

Liebe Patientin, lieber Patient, um für Ihre Behandlung die geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrer allgemeinen Vorgeschichte. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Fragen Sie bei Unklarheiten bitte nach.

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

JA NEIN

- | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Infektionskrankheiten
HIV-Infektion
TBC/Tuberkulose
Hepatitis A. B. C (Gelbsucht) Wann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Allergien (Welche?)
<input type="checkbox"/> Antibiotika <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Metalle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Nehmen Sie Medikamente ein (Welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Haben Sie Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Leiden Sie an Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Hatten Sie einen Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

JA NEIN

- | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 10 | Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Andere Erkrankungen (Welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Haben Sie häufig Gesichts- oder Muskelschmerzen im Schulter-, Nacken-, Kieferbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Rauchen Sie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Für Frauen:
Besteht eine Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dürfen wir Sie an Ihren Zahnarzttermin erinnern?

Möchten Sie an Ihre halbjährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden damit Ihnen kein wichtiger Bonus der Krankenkasse verfällt?

Wie soll die Kontaktaufnahme erfolgen?

per Anruf

per SMS

per Email

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten sie unter folgendem Link <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

Ich verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

 Datum, Unterschrift