

**Patienten-Fragebogen**  
(bitte vollständig ausfüllen)

**Persönliche Angaben:**

weiblich       männlich       divers

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter)

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat / mobil)

\_\_\_\_\_  
Telefon (geschäftlich)

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse / Versicherung

- |                                                                            |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert                             | <input type="checkbox"/> Privat versichert          |
| <input type="checkbox"/> Nutzen Sie die elektronische Patientenakte (ePA)? | <input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung |
|                                                                            | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt         |
|                                                                            | <input type="checkbox"/> Basistarif / Standardtarif |

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte ergänzen:**

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Adresse

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

Persönliche Empfehlung

Internet

Sonstiges:

Überweisender Arzt

Anzeige

\_\_\_\_\_

Überweisender Arzt

Adresse

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**

**Allgemeine Angaben:**

Frühere Röntgenuntersuchung

Ja

Nein

Wenn ja, welche Körperteile und wann?:

\_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamente

Ja

Nein

Wenn ja, welche Medikamente und seit wann?

\_\_\_\_\_

Schwangerschaft

Ja

Nein

Wenn ja, welcher Monat?

\_\_\_\_\_

Raucher

Ja

Nein

Wenn ja,  0 - 10  über 10 Zigaretten/Tag

Alkoholenuss

Ja

Nein

Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig

Drogenkonsum

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Pflegegrad (§ 15 SGB XI)

Ja

Nein

Wenn ja, welcher Pflegegrad?

\_\_\_\_\_

Befristung

Ja

Nein

Fristablauf:

\_\_\_\_\_

Eingliederungshilfe (§ 53 SGB XII)

Ja

Nein

Befristung

Ja

Nein

Fristablauf:

\_\_\_\_\_

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

Hoher Blutdruck

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Niedriger Blutdruck

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Herzklappenerkrankung/-defekt

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Herzerkrankung

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Herzoperation

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Herzschrittmacher

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

andere:

\_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen:**

HIV

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Hepatitis

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Tuberkulose

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
andere: \_\_\_\_\_

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhetika  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Schmerzmittel  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Antibiotika  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
andere: \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen:**

Asthma  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Diabetes  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Epilepsie  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Geistige Erkrankung  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Genetische Erkrankung  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Lebererkrankung  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Lungenerkrankung  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Magen-Darm-Erkrankung  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Ohnmachtsneigung  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Osteoporose  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Rheuma  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
andere: \_\_\_\_\_

---

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient

---

Unterschrift Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter