

Liebe Patientin, Lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen allgemeinen Erfassungsbogen sorgfältig aus und bringen Sie diesen Bogen zum nächsten Beratungs- oder Behandlungstermin mit.

Patient/in

Herr/ Frau/ Kind

Name

Vorname

geb.

Anschrift

Straße/ Hausnummer

E-Mail

PLZ/ Ort

Telefon

Mobil

**Mitglied/
Zahlungspflichtige/r**

(bei Kindern Erziehungsberechtigter)

Name

Vorname

geb.

Anschrift

Straße/ Hausnummer

E-Mail

PLZ/ Ort

Telefon

Mobil

Name des Kostenträgers

(Versicherung oder Krankenkasse)

- ☐ ich bin pflichtversichert ☐ ich bin privat versichert ☐ ich bin nicht versichert
- ☐ ich bin freiwillig versichert ☐ ich bin Standardtarif-Versicherte(r) ☐ ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
- ☐ ich bin beihilfeberechtigt
- ☐ ich bin privat
zusatzversichert

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen

- | | | | |
|-------------------------|---|-----------------------------|---|
| Asthma | ☐ ja ☐ nein | HIV- Infektion | ☐ ja ☐ nein |
| Zuckerkrankheit | ☐ ja ☐ nein | TBC | ☐ ja ☐ nein |
| Rheuma | ☐ ja ☐ nein | Leberkrankheiten | ☐ ja ☐ nein |
| Osteoporose | ☐ ja ☐ nein | Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) | ☐ ja ☐ nein |
| Bluterkrankungen | ☐ ja ☐ nein | Anfallsleiden (Epilepsie) | ☐ ja ☐ nein |
| Blutgerinnungsstörungen | ☐ ja ☐ nein | Schilddrüsenerkrankungen | ☐ ja ☐ nein |

Allergische Reaktionen/ Unverträglichkeit von
Medikamenten bzw. Materialien?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche?

Herz- Kreislauf Erkrankungen

Herzinfarkt ☐ ja ☐ nein

Schlaganfall ☐ ja ☐ nein

Lähmungen ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Mittel zur Blutverdünnung? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche?

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐ ja ☐ nein

Blutdruck ☐ niedrig
☐ normal
☐ hoch

ggf. Werte?

Leiden/ litten Sie unter Wirbelsäulenproblemen? ☐ ja ☐ nein

Leiden/ litten Sie regelmäßig an Kopfschmerzen? ☐ ja ☐ nein

Frühere Operationen? ☐ ja ☐ nein

ggf. welche?

Besteht eine Schwangerschaft ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ☐ ja ☐ nein

ggf. welche?

Sonstige Angaben/ andere Erkrankungen

Allgemeine Fragen

Haben Sie ein Bonusheft? ☐ ja ☐ nein

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie einen Röntgenpass? ☐ ja ☐ nein

Ich bin an einem Prophylaxeprogramm interessiert? ☐ ja ☐ nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter dem Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für einige Stunden beeinträchtigt werden kann.

Wie/ durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angabe und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r