

Willkommen in der Praxis am Rosarium

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Gesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen.

Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen.

Die folgenden Angaben dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung.
Deshalb möchten wir Sie bitten auch künftige Änderungen
Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Anschrift mitzuteilen.
Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

Name, Vorname m w Geburtsdatum

Straße Geburtsort

PLZ Ort

Tel. privat Mobil

Email

Beruf Arbeitgeber Tel. beruflich

Name und Telefonnummer von Angehörigen/Bekanntem, die im Notfall benachrichtigt werden dürfen:

Ist der Patient nicht der Hauptversicherte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

KONTAKTDATEN DES HAUPTVERSICHERTEN

Name, Vorname m w Geburtsdatum

Straße Geburtsort

PLZ Ort

Tel. privat Mobil

Email

Beruf Arbeitgeber Tel. beruflich

WIE SIND SIE VERSICHERT?

gesetzlich
 privat im Normal- Basis- Standardtarif
Name der Krankenkasse

ANGABEN ZUR ZAHLUNGSPFLICHT (PRIVATVERSICHERT)

Patient
 Hauptversicherter
 Sonstige Person

Körpergröße cm Körpergewicht kg Anzahl der Kinder

Für unsere weiblichen Patienten

Anzahl der Schwangerschaften Anzahl der Geburten

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

Straße PLZ/Ort Telefon

2. IHR ANLIEGEN

WAS IST DER GRUND IHRES HEUTIGEN PRAXISBESUCHES?

akute Erkrankung chronische Erkrankung Schmerzen
 Vorsorge (Untersuchung/Impfung)

Beschreibung Ihrer Beschwerden:

SEIT WANN HABEN SIE BESCHWERDEN UND WANN TRETEN SIE AUF?

seit heute seit gestern seit ein paar Tagen seit ein paar Wochen
 von Geburt an seit Monaten seit Jahren

FÜR SCHMERZPATIENTEN

Wie stark würden Sie Ihre Beschwerden auf der Skala beurteilen?

Leicht Stark

3. GESUNDHEITSPRAGEN

Alkoholkonsum: überhaupt keinen selten regelmäßig täglich

wenn ja, Menge und Art: ca. Gläser/Tag

Rauchen: Ich habe

- nie geraucht früher geraucht rauche immer noch
- am Tag mit Filter ohne Filter
- Zigaretten Zigarren Zigarillos Pfeife

wenn ja, Menge: ca.

Art:

Ich rauche seit:

Ich habe aufgehört:

Andere Mittel:

- Anabolika Aufputzmittel Drogen Sonstiges

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Nierenerkrankungen
- Gelenkserkrankungen
- Psychische & Nervenerkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen
- Infektionskrankheiten
- Lungenerkrankungen
- Herz-Kreislaufkrankungen
- Blutkrankheiten
- Leberkrankheiten

Welche Operationen hatten Sie und in welchem Jahr?

Leiden Sie unter Allergien?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

- Masern Mumps Röteln Windpocken Sonstige

Welche schwerwiegenden Erkrankungen liegen in der Familie vor?

- Vater Mutter Geschwister
- Vater Mutter Geschwister

Wurde bei Ihnen im letzten Jahr eine Röntgenaufnahme gemacht? Ja Nein

Wenn ja, welches Organ wurde untersucht?

Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren durchgeführt?

Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt?

FÜR UNSERE MÄNNLICHEN PATIENTEN AB 45 JAHREN

Wurde bei Ihnen bereits eine Krebsvorsorge durchgeführt?

Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt?

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren geimpft? Ja Nein

Wenn ja, welche Impfungen?

Tetanus Diphtherie Polio/IPV FSME/Zecken Hepatitis A Hepatitis B

Sonstige Impfungen?

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis beim ersten Besuch bei uns mit.

4. Allgemeine Fragen

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung durch einen anderen Arzt

Empfehlung durch eine andere medizinische Einrichtung

ein Bekannter ist bereits Patient

ein Familienmitglied ist bereits Patient

Internet Telefonbuch Sonstiges:

MÖCHTEN SIE AN IHREN NÄCHSTEN VORSORGE-/GESUNDHEITSTERMIN ERINNERT WERDEN?

Nein Ja, und zwar per Brief Email:

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Wir bitten Sie, Termine die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters