

Bevor wir uns in Ruhe über ihre Probleme unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

Herr/Frau

.....
Name Vorname geb.

Mitglied

.....
Name Vorname geb.

Anschrift

.....
Straße / Hausnummer PLZ / Ort

.....
Telefonnummer Email

Versicherung /
Krankenkasse

.....
 pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert
 Beihilfeberechtigt privat zusatzversichert

Beruf / Arbeitgeber

.....

Tel. tagsüber / Handy

.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....

Wünschen Sie die Teilnahme an unserem Recall?

ja nein

ALLGEMEINE HINWEISE

Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Geschieht dies nicht rechtzeitig, kann der Termin in Rechnung gestellt werden. Die Vergütung beträgt pro Stunde 90 € (Ausfallentgelt gem. §§301,611,615 BGB, c).

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung ?

ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

.....

Hausarzt / Facharzt:

.....
Name, Adresse und Telefonnummer

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht ein Verdacht einer Überempfindlichkeit?

.....

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag? ja nein

Herzasthma, Angina pectoris? ja nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein

Herzpaß? ja nein

Sonstiges?

Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck? ja nein

Zu niedriger Blutdruck? ja nein

Zustand nach Herzinfarkt o. Schlaganfall? ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel
(z.B. Aspirin, Marcumar) ja nein

Sonstiges?

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle? ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- o. Beruhigungsmittel? ja nein

Sonstiges?

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein

Magen- Darmerkrankungen? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Sonstiges?

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Erkrankungen? ja nein

Krämpfe? ja nein

Lähmungen? ja nein

Sonstiges?

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein

Blutarmut (Anämie)? ja nein

Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein

Sonstiges?

Infektionskrankheiten

Leberentzündungen/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C/D)? ja nein

Tuberkulose? ja nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?
Wenn ja mit welchem Ergebnis?

Sonstiges?

Weitere Angaben

Sind sie Raucher? ja nein

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? ja nein

Haben Sie Kiefergelenkknacken, Ohrensausen o. Schwindel? ja nein

Leiden Sie unter Verspannungen und/oder Schmerzen? ja nein

Haben Sie Probleme mit Ihrer Körperhaltung? ja nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen und/oder Migräne? ja nein

Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja nein

Sind Sie Schwanger ja nein

Wenn ja, welcher Monat?

Waren Sie kürzlich beim Röntgen? ja nein

Wenn ja, wo?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!

Datum Unterschrift