

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte füllen Sie folgende Datenfelder sorgfältig aus. Bei Fragen wenden Sie sich bitte vor der Behandlung an uns.

Nr. Nachname, Vorname – Patient(in) ☐ w ☐ m Geburtsdatum mein Hausarzt

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort Telefon (privat/mobil)

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger:

Hat der Patient/die Patientin das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig

Sind Patient(in) und Zahlungspflichtige(r) nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname – Zahlungspflichtige(r) / Versicherungsnehmer(in) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Ich möchte bitte an die Vereinbarung meiner Routine-Kontrolltermine erinnert werden (Recall):

☐ Nein ☐ Ja, telefonisch ☐ Ja, per E-Mail:

Wenn ja: ☐ 1x jährlich ☐ 2x jährlich

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

Herz/Kreislauf:

- ☐ Herzfehler/-klappenfehler
- ☐ Angina pectoris
- ☐ Herzinfarkt (Wann?)
- ☐ Herzmuskelentzündung
- ☐ Herzklappenentzündung
- ☐ künstliche Herzklappe
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Rhythmusstörungen
- ☐ Herzschwäche
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ niedriger Blutdruck
- ☐ Andere:

Atemwege/Lunge:

- ☐ Asthma
- ☐ Lungenentzündung
- ☐ Tuberkulose
- ☐ chronische Bronchitis
- ☐ Andere:

Nieren:

- ☐ Dialyse
- ☐ Nierenentzündung
- ☐ Nierensteine

Gefäße:

- ☐ Schlaganfall (Wann?)
- ☐ Durchblutungsstörungen
- ☐ Thrombosen
- ☐ Andere:

Augen:

- ☐ grüner Star
- ☐ Andere:

Stoffwechsel:

- ☐ Diabetes
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion
- ☐ Andere:

Blutbildendes System:

- ☐ Ich bin Bluter
- ☐ Blutarmut
- ☐ häufiges Nasenbluten
- ☐ starkes Nachbluten nach Operationen
- ☐ Andere:

Immunschwäche:

- ☐ AIDS
- ☐ Cortison-Einnahme
- ☐ Zustand nach Organtransplantation
- ☐ Ich bin MRSA-Keimträger
- ☐ Andere:

Leber:

- ☐ Gelbsucht
- ☐ Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C
- ☐ Fettleber
- ☐ Gallensteine
- ☐ Andere:

Magen/Darm:

- ☐ Sodbrennen
- ☐ Reflux-Krankheit
- ☐ Darmerkrankung
- ☐ Andere:

Bewegungsapparat:

- ☐ Bandscheibenbeschwerden
- ☐ Rheuma
- ☐ Arthritis / Arthrose
- ☐ Muskelerkrankungen
- ☐ künstliche Gelenke an:
- ☐ Osteoporose
- ☐ Andere:

Nerven/Gemüt:

- ☐ Creutzfeld-Jakob-Erkrankung
- ☐ Krampfanfälle (Epilepsie)
- ☐ Lähmungen
- ☐ Depressionen
- ☐ Migräne
- ☐ Andere:

Allergie:

- ☐ Antibiotikum
- ☐ Jod
- ☐ Latex
- ☐ Allergiepass
- ☐ Andere:

Krebserkrankung:

- ☐ Welche Art:
- ☐ Welches Jahr:
- ☐ Chemotherapie
- ☐ Bestrahlung
- ☐ Bisphosphonat-Therapie

Gerinnungshemmende**Medikamente:**

- ☐ Marcumar
- ☐ Eliquis
- ☐ ASS
- ☐ Andere:

Regelmäßige Medikamente:

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Herzmedikamente
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ Psychopharmaka
- ☐ Antidiabetika
- ☐ Antibabypille
- ☐ Bisphosphonat
- ☐ Andere:

☐ **Andere Erkrankungen:**☐ **Ich bin Raucher(in)**

Wieviel?

Nehmen Sie Drogen?

☐ Ja ☐ Nein

Welche?

☐ **Ich bin schwanger**

In der Woche:

Ich habe einen Pflegegrad

☐ Ja

Welchen?

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe bzw. dass meine Fragen zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden. Außerdem bin ich verpflichtet, jede gesundheitliche Veränderung zu jeder Zeit meinem behandelnden Arzt mitzuteilen!

Ort / Datum

Unterschrift Patient(in) / Betreuer(in) / Erziehungsberechtigte(r)