

Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit nehmen um den folgenden Patientenbogen auszufüllen. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Patient Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____

Patient Anschrift Straße, Hausnummer _____ PLZ/Wohnort _____

Versicherter Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter Anschrift Straße, Hausnummer _____ PLZ/Wohnort _____

Rechnungsempfänger / Zahlungspflichtiger

Kontakt Tel. (privat) _____ * Tel. (geschäftlich) _____

* Mobilnummer _____ * E-Mail _____

Krankenkasse _____ * Beruf _____

- Pflichtversichert Freiwillig versichert Private Zusatzversicherung
 Privat Sondertarif: Basis - Standard - Notlagentarif Beihilfe Kostenerstattung
 Pflegegrad nach § 15 SGBXI Eingliederungshilfe nach § 99 SGBXI gesetzliche Betreuung

Führen Sie ein Bonusheft? ja nein

Möchten Sie unseren Erinnerungsservice in Anspruch nehmen? ja nein

Anruf SMS Mail

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: _____ Internet

Wir bitten Sie die vereinbarten Termine spätestens **24 Stunden vorher** abzusagen, sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können!

Hinweis zur Krankenversichertenkarte:

Wenn Sie Ihre Krankenversicherungskarte nicht vorlegen können, reichen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen nach, da ansonsten unsere Leistungen privat berechnet werden müssen.

* freiwillige Angaben

Wegen welcher Krankheiten werden oder wurden Sie behandelt?

Bitte zutreffendes ankreuzen

		Ja	Nein
Infektionskrankheiten	AIDS / HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hepatitis A, B oder C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose (TBC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz - Kreislauferkrankungen	Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzklappenerkrankungen / -defekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endokarditis - Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere Erkrankungen	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma / COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	grüner Star / Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien/Unverträglichkeiten	Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Antibiotika/Penicillin - Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allergiepass:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Angaben

Raucher Ja Nein

Anzahl Zigaretten pro Tag _____

Schwangerschaft, wenn ja welcher Monat: Ja Nein

Eine nicht aufgeführte Erkrankung: Ja Nein

Medikamente, ggf. Medikationsplan: _____

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben. Ich versichere zudem, bei Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Ich bin mir darüber bewusst, dass meine Daten elektronisch gespeichert, bearbeitet und (bei der dazugehörigen Zustimmung) zur Aufnahme ins Erinnerungssystem verwendet werden. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGB, sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Die Zustimmung zur Speicherung der Daten kann jederzeit schriftlich widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Datum

Unterschrift Patient

