



PATIENTENDATEN

Unsere Mitarbeiterinnen helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns ggf. Änderungen mit!

Patient/-in

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		Hausnummer
Ort		PLZ
Telefon	Mobil*	E-Mail*
Beruf, Arbeitgeber		Telefon Arbeit

Versicherte/-r, Mitglied bzw. Erziehungsberechtigte/-r

Name	Vorname	Geburtsdatum
ggf. abweichende Anschrift des/der Versicherten		

Versicherungsstatus gesetzlich privat

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?*

<input type="radio"/> Empfehlung von:	<input type="radio"/> Überweisung durch:
<input type="radio"/> Zeitung <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Telefonbuch <input type="radio"/> Praxisschild <input type="radio"/> Sonstiges:	

GESUNDHEITSFRAGEN

Zur sicheren Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrer Gesundheit.
 Bitte lesen Sie alle Fragen aufmerksam und beantworten sie. Wenn Sie Fragen haben – wir helfen Ihnen gern.

Wer ist Ihr Hausarzt?

Praxis	Ort
--------	-----

Herz / Kreislauf	ja	nein	Allergien	ja	nein	Stoffwechselerkrankung	ja	nein
Herzinfarkt / Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Typ: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
künstliche Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Latex (z.B. Luftballons)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muskoviszidose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Metalle/Kunststoffe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Andere Herzerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>			Blut	ja	nein
<input type="text"/>						Gerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lunge und Atemwege	ja	nein	Leber-/Nierenerkrankung	ja	nein	Immunschwäche	ja	nein
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leberinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Organtransplantation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
chronische Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stammzellentransplantation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafapnoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dialysepflicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Bitte wenden! →

Knochen / Skelett	ja	nein	Nehmen Sie Medikamente?	ja	nein
Endoprothesen (künstl. Knie-/Hüftgelenke)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gerinnungshemmende Medikamente (z. B. Aspirin®, ASS®, Marcumar®, Xarelto®, Clopidogrel®)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruckmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma/Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden bzw. werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Psychopharmaka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehirn, Nerven und Gemüt	ja	nein	Gibt es eine Medikamentenliste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Medikamente?	<input type="text"/>	
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Kopfschmerzen / Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Psychotherapeutische Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Nikotin / Alkohol / Drogen	ja	nein
			Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Sind Sie trockener Alkoholiker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Drogenkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Röntgen und CT	ja	nein
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahn-bereich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>	
Sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie in Strahlentherapie wegen einer Krebserkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>	
Bei Frauen:	ja	nein
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung sind: Wenn ja, weshalb und bei wem?

PRAXISORGANISATION / DATENVERARBEITUNG / GESUNDHEITSPRAGEN

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Das heißt für Sie: i. d. R. keine Wartezeit. Das heißt aber auch: an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig (24 Stunden vorher) telefonisch unter **07621 5504197**. Ausfallzeiten können nach §§ 611, 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Wir behalten uns vor, von unserem Recht Gebrauch zu machen, nicht rechtzeitig abgesagte Termine zu berechnen.

Unsere Rechnungsstellung erfolgt nach der aktuell geltenden Gebührenordnung. Wir weisen Sie darauf hin, dass – je nach Ihrem Vertrag – Ihre Versicherung eventuell nicht den vollen Betrag erstattet. In diesem Fall tragen Sie den Differenzbetrag.

Möchten Sie an unserem Terminservice teilnehmen?

Ja, ich wünsche eine Terminerinnerung per Telefon E-Mail

Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Die Zustimmung kann jederzeit, allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich versichere mit meiner Unterschrift den Text verstanden zu haben und die Korrektheit meiner Angaben.

<input type="text"/>	X
Lörrach, den (Datum)	Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten/ges. Betreuers und des Zahlungspflichtigen

Einwilligung in Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und werden nur zur Kommunikation im Rahmen der Behandlung genutzt.

<input type="text"/>	X
Lörrach, den (Datum)	Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten/ges. Betreuers (m/w/d)

Ich habe alle Gesundheitsfragen auf der Rückseite nach bestem Wissen beantwortet.

Änderungen meines Gesundheitszustandes teile ich vor der nächsten Behandlung mit.

<input type="text"/>	X
Lörrach, den (Datum)	Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten/ges. Betreuers (m/w/d)