



## PATIENTENERHEBUNGSBOGEN

Name: \_\_\_\_\_ Telefon (privat): \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Mobil (Handy): \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Tel. (dienstlich): \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Fax (dienstlich): \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Wünschen Sie von uns an Ihre nächste

Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

Ja

Nein

Gesetzlich

freiwillig

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Privat

Basistarif

### Name des Hauptversicherten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

**Örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Sie 1 Stunde nicht und 24 Stunden nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.**

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) mit z. Zt. **150 Euro** in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. – Dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift - Patient)

**Bitte beantworten Sie im Interesse einer komplikationslosen Behandlung folgende Fragen:**

| <b>Krankheiten</b>   | <b>Nein</b> | <b>Ja</b> | <b>vom ARZT zu ergänzen</b> |
|--|-------------|-----------|-----------------------------|
| Allergien (Allergiepass ?)   |             |           |                             |
| Anfallsleiden (Epilepsie ?)  |             |           |                             |
| Blutgerinnungsstörung  |             |           |                             |
| Bluten bei Ihnen auch leichtere Verletzungen länger ?  |             |           |                             |
| Neigen Sie leicht zu blauen Flecken ?  |             |           |                             |
| Zuckerkrankheit (Diabetes)   |             |           |                             |
| <b>Herzerkrankungen</b> (z.B. Infarkt, Angina pectoris, Herzklappenerkrankung, Herzschrittmacher, Rhythmusstörung) |             |           |                             |
| Endocarditis   |             |           |                             |
| <b>Kreislaufkrankungen</b> (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Schwindel)                                 |             |           |                             |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma)   |             |           |                             |
| Lebererkrankung  |             |           |                             |
| Nierenerkrankung   |             |           |                             |
| Magen-Darm-Erkrankung  |             |           |                             |
| Schilddrüsenerkrankung   |             |           |                             |
| Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)   |             |           |                             |
| Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)  |             |           |                             |
| Rheuma   |             |           |                             |
| Osteoporose  |             |           |                             |
| Tumorerkrankungen  |             |           |                             |
| Psychosomatische Erkrankungen / Depressionen   |             |           |                             |
| Weitere Erkrankungen   |             |           |                             |
| Frühere Operationen  |             |           |                             |
| Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung ?   |             |           |                             |
| Nehmen Sie derzeit Medikamente ein ?   |             |           |                             |
| Besteht eine Schwangerschaft ?   |             |           |                             |
| Sind Sie Raucher ?   |             |           |                             |
| Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit <b>Bisphosphonaten</b> behandelt?                      |             |           |                             |
| <b>HAUSARZT:</b>   |             |           |                             |
| <b>ZAHNARZT:</b>   |             |           |                             |
| <b>Medikamente:</b>  |             |           |                             |
|  |             |           |                             |
|  |             |           |                             |
|  |             |           |                             |

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift - **Patient**)

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift - **Arzt**)