



## Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 Strafgesetzbuch!

Name \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Telefon Arbeit \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_  beihilfeberechtigt  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung vorhanden  ja  nein  
E-Mail \_\_\_\_\_ Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?  ja  nein  
Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ wenn ja, bitten wir um eine Kopie des Betreuerausweises  
Telefon Mobil \_\_\_\_\_ Pflegegrad, wenn vorhanden \_\_\_\_\_

### Hauptversicherter (gilt nur für Familienversicherte)

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- persönliche Empfehlung  Internet/Homepage  Vortrag  Zeitungsanzeige  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 1. Herz-/ Kreislaferkrankungen **ja** **nein**

- Leiden Sie an Herz-/Kreislauf-    
Erkrankungen?  
 Herzklappenfehler  Herzklappenersatz  
 Endokarditis  Herzschrittmacher  
 Angina pectoris  
 Herzinfarkt/wann? \_\_\_\_\_  
Ist ein Herzpass vorhanden?

Wie ist Ihr Blutdruck?

- niedrig  normal  hoch

### 2. Allergien **ja** **nein**

- Haben Sie Allergien?    
(z. B. Latex, Penicillin, etc.)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Haben Sie einen Allergiepass?

### 3. Infektionskrankheiten **ja** **nein**

- HIV-Infektion    
TBC/Tuberkulose    
Hepatitis A, B, C (Gelbsucht)    
wenn ja, welche / wann? \_\_\_\_\_  
andere: \_\_\_\_\_

### 4. Medikamente **ja** **nein**

- Nehmen Sie regelmäßig oder aktuell    
Medikamente ein?    
(z. B. Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf-  
Medikamente, Psychopharmaka, Antidiabetika)?  
wenn ja, welche und wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- blutverdünnende Medikamente    
(z.B. Marcumar/Plavix/ASS/Xarelto/Heparin/Aspirin/  
Clopidogrel) wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen oder nahmen Sie

- Bisphosphonate?    
wenn ja, welches? \_\_\_\_\_
- Haben Sie ein künstliches    
Gelenk?    
wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

### 5. Weitere Angaben **ja** **nein**

- Besteht eine Schwangerschaft?    
 unsicher
- wenn ja, welche  
Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

Weiter auf Seite 2

<u>6. Weitere Angaben</u>	<u>ja</u>	<u>nein</u>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, wieviel? _____		
Sind Sie alkoholabhängig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie drogenabhängig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnarchen Sie oder sind Schlafapnoen (Atemaussetzer) bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>7. Weitere Erkrankungen</u>	<u>ja</u>	<u>nein</u>
Grüner Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung oder -anomalie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, welche? _____		
Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, an welcher und seit wann? _____		
_____		

<u>8. Organisatorisches</u>	<u>ja</u>	<u>nein</u>
Allgemeine Terminbenachrichtigung per E-Mail / SMS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möchten Sie per E-Mail / SMS zur Professionellen Zahnreinigung erinnert werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Da wir speziell für Sie Ihre voraussichtlich benötigte Behandlungszeit reservieren, klären wir Sie hiermit darüber auf, dass bei Nichterscheinen/Vergessen eines Termines Ausfallkosten entstehen. Wir bitten Sie zwingend, Ihren Termin rechtzeitig (mind. 24 Stunden vorher) telefonisch oder per E-Mail abzusagen.**

### 9. Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen

Die Praxis Dr. Baader & Kollegen MVZ GmbH wird gegenüber folgenden Personen, z. B. Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern (bitte Name und Geburtsdatum angeben), von der Schweigepflicht entbunden (auch für die Abholung von Rezepten)

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### 10. Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Notfalldatensatz (NFDM) und Medikamentenplan erhoben, genutzt und gespeichert werden darf.

ja       nein

### 11. Befundübermittlung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass vor- und weiterbehandelnden Ärzten sowie Laboren & Pathologien Befunde übermittelt werden dürfen.

ja       nein

### 12. Widerrufsrecht und Datenschutz

Die jeweiligen oben gemachten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, bitten wir Sie, dies mittels einer **eindeutigen und schriftlichen Willenserklärung** an die untenstehenden Kontaktdaten mitzuteilen.

Über die Datenverarbeitung und meine Rechte wurde ich über den Aushang im Wartezimmer informiert.

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (Erziehungsberechtigter)