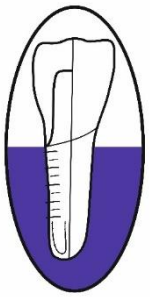
Dr. Baader & Kollegen MVZ GmbH



Gesundheitsfragebogen

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

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
E-Mail _____
Telefon Festnetz _____
Telefon Mobil _____

Arbeitgeber _____
Telefon Arbeit _____
Hausarzt _____
Krankenkasse _____ ○ beihilfeberechtigt
Zusatzversicherung vorhanden ○ ja ○ nein
Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? ○ ja ○ nein
wenn ja, bitten wir um eine Kopie des Betreuerausweises
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-/ Kreislauferkrankungen	**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, 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? _____	○	○

5. Weitere Angaben	**ja**	**nein**
Blutgerinnungsstörungen	○	○
wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	○	○
Rauchen Sie?	○	○
wenn ja, wieviel? _____		
Sind Sie alkoholabhängig?	○	○
Sind Sie drogenabhängig?	○	○

Weiter auf Seite 2

Weitere Angaben	**ja**	**nein**
Besteht eine Schwangerschaft?	○	○
	○ unsicher	
wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____		
Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate?	○	○
wenn ja, welches? _____		
Haben Sie ein künstliches Gelenk?	○	○
wenn ja, wo? _____		

6. Weitere Erkrankungen	**ja**	**nein**
Grüner Star	○	○
Schlaganfall	○	○
Anfallsleiden (Epilepsie)	○	○
Rheuma	○	○
Asthma	○	○
Lebererkrankung	○	○
Nierenerkrankung oder -anomalie	○	○
Osteoporose	○	○
Zuckerkrankheit (Diabetes)	○	○
○ Typ 1 ○ Typ 2		
Schilddrüsenerkrankung	○	○
wenn ja, welche? _____		
Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung?	○	○
wenn ja, an welcher und seit wann? _____		
_____		

7. Zahnmedizinische Fragen	**ja**	**nein**
Haben Sie Zahnfleischbluten?	○	○
Leiden Sie unter Mundgeruch?	○	○
Haben Sie häufig Kopf- oder Gesichts-Schmerzen oder Muskelschmerzen bzw. Verspannungen im Kiefer- oder Gesichtsbereich?	○	○
Hätten Sie gerne weißere Zähne?	○	○
Stört Sie Ihre Zahnstellung?	○	○
Schnarchen Sie oder sind Schlafapnoen (Atemaussetzer) bekannt?	○	○

8. Organisatorisches	**ja**	**nein**
Möchten Sie per E-Mail oder SMS zur Professionellen Zahnreinigung erinnert werden?	○	○
Allgemeine Terminbenachrichtigung per E-Mail oder SMS?	○	○

Bei Nein beachten Sie bitte, dass bei Nichterscheinen/Vergessen evtl. Ausfallkosten entstehen können.

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 Adresse 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 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