



## 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-/ Kreislauferkrankungen **ja** **nein**

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

Wie ist Ihr Blutdruck?

niedrig  normal  hoch

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

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

Haben Sie einen Allergiepass?  ja  nein

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

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

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

Nehmen Sie regelmäßig oder aktuell  ja  nein  
Medikamente ein?  ja  nein  
(z. B. Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf-  
Medikamente, Psychopharmaka, Antidiabetika)?  
wenn ja, welche und wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

blutverdünnende Medikamente  ja  nein  
(z.B. Marcumar/Plavix/ASS/Xarelto/Heparin/Aspirin/  
Clopidogrel) wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

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

Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Nehmen Sie Aufputsch- oder  
Beruhigungsmittel?  ja  nein  
Rauchen Sie?  ja  nein  
wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_  
Sind Sie alkoholabhängig?  ja  nein  
Sind Sie drogenabhängig?  ja  nein

**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?

Hätten Sie gerne weißere Zähne?

Stört Sie Ihre Zahnstellung?

Schnarchen Sie oder sind Schlafapnoen (Atemaussetzer) bekannt?

**8. Organisatorisches** ja nein

Allgemeine Terminbenachrichtigung per E-Mail / SMS?

Möchten Sie per E-Mail / SMS zur Professionellen Zahnreinigung erinnert werden?

*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 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 & 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)