



Fragebogen für neue Patienten

Name, Vorname:

Straße, PLZ Ort:

Geburtsdatum: Telefon privat:

Telefon geschäftlich: Telefon mobil:

Beruf: Kasse/Versicherung:

Größe: cm Gewicht: kg stationäre Zusatzversicherung: () ja () nein

Allergien: () keine

Operationen (bitte mit Jahresangabe):
.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein: () keine
.....
.....

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:

() Diabetes () Bluthochdruck () Herzrhythmusstörungen () Blutgerinnungsstörung

() Glaukom () Hepatitis A, B oder C () HIV-Infektion () Harnsteinerkrankung

() sonstige chronische Krankheiten: Herzschrittmacher: () ja () nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel pro Tag?

Haben Sie einen Hausarzt? () nein () ja, Name:

Darf Ihr Hausarzt Berichte über Ihre Untersuchungsbefunde erhalten? () nein () ja

Dürfen Befundübermittlungen an andere Personen als an Sie selbst erfolgen? () nein

() ja, an

Für Frauen: Haben Sie Kinder geboren? () nein () ja, wie viele

Ich erkläre mich mit der elektronischen (DSGVO-konformen) Speicherung, Be- und Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend mitzuteilen. Auch verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

.....
Datum

.....
Unterschrift