



Gesundheitsfragebogen

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Kinder: nein ja

Familienstand: _____

Beruf: _____

Versichertendaten

(nur wenn diese von den Patientendaten abweichen)

Versichertenname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Angaben zur Versicherung

Krankenversicherung: gesetzlich privat
 Basistarif

Zahnzusatzversicherung vorhanden: nein ja

beihilfeberechtigt: nein ja

Name der Versicherung: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Gesundheitsfragebogen möglichst vollständig aus. Alle Angaben sind freiwillig. Ihre Antworten erleichtern es, die richtige Diagnose zu stellen und die beste Behandlung für Sie auszuwählen. Selbstverständlich fallen alle Ihre Angaben unter die ärztliche Schweigepflicht. Sollte Ihnen etwas unklar sein, wenden Sie sich bitte an uns, wir helfen Ihnen gerne.

Wenn Sie bei den nachfolgenden Fragen mit ja antworten, tragen Sie bitte ergänzende Angaben ein.

1) Körpergröße: _____

2) Gewicht: _____

3) Alter: _____

4) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja

Medikament/Wirkstoffstärke: Wann/Wie oft:

bitte wenden →



5) Konsumieren Sie regelmäßig Nikotin (Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren etc.)?

nein ja

6) Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?

nein ja

7) Konsumieren Sie regelmäßig andere Drogen?

nein ja

8) Große/wichtige Operationen – welche, wann?

nein ja

9) Sind bei Ihnen Allergien (Umweltallergene/Lebensmittel/Medikamente) bekannt? Welche?

nein ja

10) Herzerkrankungen?

nein ja

Herzinfarkt

KHK (Herzkranzgefäßerkrankung)

Herzrhythmusstörungen

andere _____

11) Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?

nein ja

12) Thrombosen/Blutgerinnungsstörungen?

nein ja

13) Migräne/Clusterkopfschmerzen?

nein ja

14) Bluthochdruck? nein ja

15) Schlaganfall? nein ja

16) Nierenerkrankungen? nein ja

17) Schilddrüsenerkrankungen? nein ja

18) Gicht? nein ja

19) Rheuma? nein ja

20) Osteoporose? nein ja

21) Anfallsleiden (Epilepsie)? nein ja

22) Schlaf-Apnoe-Syndrom? nein ja

23) Tumorleiden (Krebs)? nein ja

24) Psychische Erkrankung?

nein ja

Depressionen

andere _____

25) Chronische Atemwegserkrankungen?

nein ja

Asthma bronchiale

COPD

andere _____

26) Infektionskrankheiten?

nein ja

HIV

Hepatitis

Tbc (Tuberkulose)

andere _____

27) Andere Erkrankungen? Welche?

nein ja

Datum, Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.