

# Kontaktdaten und Gesundheitsfragebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Um bestmöglich auf Ihre gesundheitlichen Bedürfnisse eingehen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand.

Selbstverständlich werden wir Ihre Angaben stets vertraulich behandeln.

Vielen Dank!

## Persönliche Daten:

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum, Geburtsort

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Wohnort

.....  
Telefon / Mobil

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Hausarzt und Zahnarzt

.....  
Beruf / Arbeitgeber

.....  
Krankenkasse

.....  
Private Zusatzversicherung

## Abweichende Rechnungsadresse:

.....  
Anrede

.....  
Name, Vorname

.....  
Anschrift

## Datenschutzeinwilligung:

Ich willige in die für meine Behandlung notwendige Datenerhebung und Datenverarbeitung ein. Ich bin damit einverstanden, dass meine medizinischen Befunde und Diagnosen an Dritte (z.B. andere Ärzte, Physiotherapeuten, private Abrechnungsstellen), die in meine Behandlung einbezogen sind, weitergegeben werden, soweit dies für eine bestmögliche Behandlung erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass meine medizinischen Befunde und Diagnosen bei anderen Ärzten, Kliniken, Laboren oder Therapeuten, die in meine Behandlung einbezogen sind, angefordert werden dürfen, sofern dies für meine Behandlung notwendig ist.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die „**Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten**“ in der Praxis einsehbar sind.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Bitte wenden**

**Gesundheitsfragen:**

Haben Sie eine Allergie oder Überempfindlichkeit?

(z.B. gegen Lokalanästhetika (Spritzen), Medikamente, Antibiotika oder Schmerzmittel)

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (auch „Pille“)? Wenn ja, welche?

.....

.....

Bekommen Sie regelmäßig Infusionen (z.B. Bisphosphonate, Chemotherapie, Antikörper)?  
Wenn ja, welche?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zur Blutverdünnung ein? Wenn ja, welche?

.....

Leiden oder litten Sie an folgenden **Krankheiten**:

	JA	NEIN
Herzklappenfehler		
Herzklappenersatz		
Herzinfarkt		
Herzfehler		
Endokarditis		
Herzschrittmacher		
Herz-/ Kreislauf		
Bluthochdruck		
Schlaganfall		
Osteoporose		
HIV (Aids)		
Hepatitis B/ C		
Tuberkulose		
Diabetes		

	JA	NEIN
Grüner Star		
Schilddrüsenerkrankung		
Atemwegs-/ Lungenerkrankung		
Nierenerkrankung		
Lebererkrankung		
Magen-/ Darmerkrankung		
Nervenerkrankung		
Tumorerkrankung (Krebs)		
Blutgerinnungsstörung		
Blutarmut		
Rheuma		
Epilepsie		
Rauchen Sie?		
Sind Sie schwanger?		

Ergänzungen für Krankheiten - JA:

Leiden Sie an einer Krankheit, die bisher nicht aufgeführt ist? Wenn ja, an welcher?

.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift