

Patienten Aufnahmebogen für Schmerzpatienten

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis in Balve begrüßen zu dürfen. Um Ihnen schnell und umfassend helfen zu können, benötigen wir vorab noch einige Angaben von Ihnen und bitten Sie daher die nachfolgenden Fragen sorgfältig zu lesen und gewissenhaft auszufüllen. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

m w

Name / Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf	Arbeitgeber

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Beihilfeberechtigt Privat versichert Zusatzversicherung Kostenerstattung

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße / Nr.	PLZ / Ort	

Name & Anschrift Ihres Hausarztes? _____

PERSÖNLICHER GESUNDHEITSCHECK

<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Rheumatische Krankheiten / Osteoporose
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen / Welche? _____		<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen		<input type="checkbox"/> Infektiöse Erkrankungen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)
<input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung		<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Marcumar / ASS oder andere Blutverdünner ...		<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen
<input type="checkbox"/> Blutungsneigung / Bluterkrankung		<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung		<input type="checkbox"/> Depressionen
<input type="checkbox"/> Diabetes (Typ I oder II)		<input type="checkbox"/> Für Frauen: Sind Sie schwanger? Woche _____
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)		<input type="checkbox"/> Allergien / Welche? _____
<input type="checkbox"/> Bisphosphonate		<input type="checkbox"/> Besitzen Sie einen Allergiepass?
<input type="checkbox"/> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? _____		<input type="checkbox"/> Sonstige schwere Erkrankungen? _____

AUFKLÄRUNG

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert. Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Zudem benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns **14 Tage nach der Behandlung** nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach einer Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) meine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten