



Patientenbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Um Sie etwas besser kennen zu lernen, bitten wir Sie, uns im Vorfeld einige Fragen zu beantworten. Termine werden nach dem Bestellsystem geführt. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden, dafür bitten wir um Ihr Verständnis. **Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig (innerhalb von 48 Stunden) ab.** Ansonsten können die hier entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Patient/in

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Geburtsname: _____ Geb. Ort: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Hausarzt: _____

Gewicht: bis 70 kg 70 - 130 kg über 130 kg

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Name des Kostenträgers/ _____ Mobil: _____

der Krankenkasse _____

ich bin pflichtversichert

ich bin privat versichert

ich bin privat zusatzversichert

ich bin freiwillig versichert

ich bin beihilfeberechtigt

ich bin zuschussberechtigt

ich bin Standardtarif-/Basis-Versicherte(r)

(Sozialamt, Versorgungsamt)

Beruf

Schüler/Student

Berufsbezeichnung: _____

Arbeitgeber: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte / Verwandte: _____ Arzt / Zahnarzt: _____
Name Name

Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)

Praxishomepage www.dr-strickhausen.de

Internet: Google Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____

Sonstiges: _____

Leiden Sie oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Herz/Kreislauf

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Ich besitze einen Herzpass
- Vom Hausarzt wurde eine Endokarditisprophylaxe mit Antibiotika empfohlen

Atemwege/Lunge

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- chronische Bronchitis
- Schnarchen

Krebserkrankungen

Wenn ja, welche? _____

Leber, Magen, Darm

- Geschwür
- Refluxkrankheit
- Hepatitis A/B/C

Stoffwechsel, Zuckerkrankheit

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle/Epilepsie
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

Blut

- Gerinnungsstörungen
- auch bei Blutsverwandten (Hämophilie A/B)

Allergie/Überempfindlich gegen

- Gräser/Pollen
- Medikamente
- Jod
- Latex z.B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe

Schwangerschaft

- Sind Sie schwanger? (Woche? _____)

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- AIDS/HIV
- Zustand nach Organtransplantation
- Zustand nach Chemotherapie oder Bestrahlung

Tabakkonsum

Rauchen Sie?

- ja nein

Wenn ja, wieviel durchschnittlich?

Alkoholkonsum

Trinken Sie gelegentlich Alkohol?

- ja nein

Wenn ja, wie regelmäßig?

Wieviel? _____

Knochen

- Osteoporose
- Ich wurde in der Vergangenheit/werde zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt.

Wegen welcher Erkrankung?

Wann? Mit welchem Präparat?

Medikamenteneinnahme

Gerinnungshemmende Medikamente dauerhaft in den letzten Tagen

- Aspirin (ASS)
- Marcumar
- Ticlopidin
- Clopidogrel (Plavix)
- Bisphosphonate
- Denusumab
- Sonstiges _____

Regelmäßige Medikamente

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- „Antibabypille“
- Psychopharmaka
- Antidiabetika

Welche? _____

Schlafverhalten

Wachen Sie morgens mit Kopfschmerzen auf?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Nein |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fühlen Sie sich morgens oft müde oder schlapp?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Sind bei Ihnen nachts Atemaussetzer beobachtet worden?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Nein |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Lässt Ihre Konzentrationsfähigkeit tagsüber nach?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift