

Patientenfragebogen

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtstag, Geschlecht : M W

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon privat

Telefon tagsüber

E-Mailadresse

Beruf

Name der Versicherung/Krankenkasse

Ich bin im PKV-Standardtarif versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

Überweisender Arzt: Name, Adresse, Tel.

Hausarzt: Name, Adresse, Tel.

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein
- Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein
- Herzerkrankung Ja Nein
- Herzschrittmacher Ja Nein
- Endokarditis-Prophylaxe Ja Nein

Medikamente

Infektionserkrankungen

- Hepatitis A,B oder C Ja Nein
- Tuberkulose Ja Nein

Medikamente

andere:

Allergien/Unverträglichkeit

- Lokalanästhetika Ja Nein
- Schmerzmittel Ja Nein
- Antibiotika Ja Nein

andere:

Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
- Asthma Ja Nein
- Lungenerkrankung Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
- Rheuma Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- Diabetes Ja Nein
- Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
- Ohnmachtsneigung Ja Nein
- Grauer Star Ja Nein

Medikamente

andere:

Weitere wichtige Angaben für die Behandlung mit Lachgas:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Emphysem | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Chron. obstrukt. Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Eingeschränkte oder behinderte Nasenatmung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nasennebenhöhlen Probleme | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Pneumothorax | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ileus | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Augen-OP mit Gasblase | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlafmittel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gabe von Zytostatika/
Chemotherapeutika | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vitamin B12 Mangel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Alkohol-/ Drogenabusus | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wenn Ja, was: _____

Allgemeine Angaben

- Drogenkonsum Ja Nein
- Alkoholgenuss Ja Nein Wenn ja, selten, oft, regelmäßig
- Raucher Ja Nein Wenn ja, 0-10, über 10
Zigaretten/am Tag
- Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann und welche:

- Frühere Röntgenuntersuchungen Ja Nein Wenn ja, Datum und Körperteile:

- Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat:

Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich bestätige, dass alle angegebenen Daten der Wahrheit entsprechen und ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle, während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter