

ID:
(Wird von Praxis ausgefüllt)



Praxis für Allgemeinmedizin
Dr. med. Udo Richter
Facharzt für Allgemeinmedizin
Chirotherapie Akupunktur Naturheilverfahren Rettungsmedizin

Wir begrüßen Sie in unserer Praxis und bitten Sie, den Fragebogen auszufüllen. Danke für Ihre Mithilfe!

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?.....

Angaben zum Patienten:

.....

Nachname, Vorname	Geburtsdatum
.....
Strasse, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
.....
Telefon (privat/mobil)	Telefon tagsüber (Arbeitsstelle)
.....
Name der Versicherung / Krankenkasse	Beruf / ausgeübte Tätigkeit

Bitte Folgendes ausfüllen, wenn Sie privat versichert sind:

Ich bin privat versichert im Basistarif im Standardtarif Normaltarif

Angaben zum Zahlungspflichtigen (falls nicht identisch mit Patient):

.....

Nachname, Vorname	Geburtsdatum
.....
Strasse, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
.....
Telefon (privat/mobil)	Telefon tagsüber (Arbeitsstelle)

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

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

.....

Ort, Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigter
------------	-------------------------------------

Bitte wenden ⇒

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich
 (Selbstverständlich sind Ihre Angaben **freiwillig** ó wir behandeln Ihre Daten und Angaben **streng vertraulich!**)

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Atemwege/Lunge:		
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Herzfehler	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Gefäßerkrankungen:		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Stoffwechselerkrankungen:		
Zuckerkrankheit:		
O Diabetes mellitus (Tabletten)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
O Diabetes mellitus (Insulinpflicht)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Schilddrüsenfehlfunktion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Allergien:		
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Medikamenten-Allergie:	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche.....
.....		
Sonstige Allergien:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche.....
Infektionserkrankungen:		
Wurde bereits ein HIV-Test durchgeführt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, war das Ergebnis: positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/>
Hepatitis O A O B O C	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Immunschwäche:		
O Einnahme von Cortison		
O Zustand nach Organtransplantation		
Oder:.....		
Sonstiges:		
Nieren:		
Dialysepflichtigkeit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Magen/Darm:		
Morbus Crohn	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Neurologische Erkrankungen:		
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Oder:.....		
Gerinnungshemmende Medikamente:		
O Aspirin	O ASS	O Marcumar
Oder:.....í í í í í í í í í í wenn ja, welche.....		
Regelmäßige Medikamente:		
Empfängnisverhütung (Pille)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Kann nicht ausgeschlossen werden	
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche:.....		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

.....
 Ort, Datum Unterschrift