

# Herzlich Willkommen in der Praxis Dr. Bongartz!



Patient: Name, Vorname		geb. Datum, Ort	
Versicherter: Name, Vorname		geb. Datum, Ort	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon/Handy*	E-Mail*	Beruf* / Arbeitsgeber*	
Krankenkasse / Privatkrankenkasse		Beihilfeberechtigt: <input type="radio"/>	Mitglied: <input type="radio"/>
		freiwillig versichert: <input type="radio"/>	Familienmitglied: <input type="radio"/>
		<b>Zusatzversichert:</b> <input type="radio"/>	Rentner: <input type="radio"/>

Bitte beantworten Sie uns nachstehende Fragen sehr genau. Sie helfen uns somit, eventuelle Zwischenfälle zu vermeiden. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Teilen Sie der Praxis bitte künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

## Allgemein:

Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Blutverdünner? \_\_\_\_\_

Existieren Allergien (Medikamente, Stoffe etc.)?  Ja, gegen \_\_\_\_\_  Nein

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpass?  Ja  Nein

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Schnarchen Sie?  Ja  Nein

## Erkrankungen:

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Osteoporose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Rheuma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Asthma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bluterkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Epilepsie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Grauer Star, Augenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Magen/Darmerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nierenfunktionsstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	HIV positiv	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hepatitis A,B oder C	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Transplantate, künstl. Gelenke	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Lebererkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Infektionserkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Andere	_____	

**Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.**

(Datum)

(Unterschrift)

Mit der Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar. Sie haben das Recht Ihre Angaben, jederzeit und ohne Angabe von Gründen, in Gänze oder teilweise zu widerrufen.

\*Es handelt sich um freiwillige Angaben, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Alle anderen Angaben sind zur Durchführung der Behandlung oder der Abrechnung notwendig. Mir ist bekannt, dass eine Behandlung nur stattfinden kann, wenn diese Fragen beantwortet wurden.

Die Informationspflicht nach Art.13 +14 EU-DSGVO zwingt uns leider den bürokratischen Aufwand zu erhöhen.