

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Folgenden bitten wir Sie um einige Auskünfte, damit Ihre Behandlung möglichst optimal ablaufen kann. Bitte lesen Sie alle Fragen aufmerksam durch. Beantworten und unterschreiben Sie anschließend den Bogen. Vielen Dank !

Genau wie dieser Fragebogen unterliegt alles, was mit Ihrer Behandlung zu tun hat der ärztlichen Schweigepflicht.

Weitere Informationen in Sachen Datenschutz – auch hinsichtlich der sogenannten Datenschutzgrundverordnung – finden Sie in unserem Wartezimmer ausgelegt.

| | | |
|--------------------|----------------|---------------------|
| NAME, VORNAME | GEBURTSDATUM | BERUF / ARBEITGEBER |
| STRAÙE, HAUSNUMMER | PLZ | WOHNORT |
| TELEFONNUMMER | E-MAIL ADRESSE | |

1. Leiden Sie an Allergien?

Nein

Ja, und zwar auf folgende Stoffe:

2. Sind Sie schwanger oder stillen Sie zur Zeit?

Nein

Ja

3. Leiden Sie unter Beschwerden, die auf eine Infektion mit dem Virus SARS-CoV-2 schließen lassen?
(z.B. Fieber, Erkältungsbeschwerden oder Verlust des Geschmackssinns)

Nein

Ja

4. Sind Sie Träger einer Infektionskrankheit? (Z.B. HIV / AIDS, Hepatitis, Tuberkulose, usw.)

Nein

Ja, und zwar Folgender:

5. Leiden Sie unter anderen Allgemeinerkrankungen?

Nein

Ja, und zwar unter Folgenden:

6. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche ?

Nein

Ja, und zwar Folgende:

7. Wurden Sie schon einmal am Herz operiert und / oder besitzen Sie einen Herzpass ?

Nein

Ja

8. Wurden oder werden Sie infolge einer Tumor-Therapie oder einer vorbeugenden Behandlung gegen Osteoporose mit einem sogenannten Bisphosphonat-Medikament behandelt? (die Behandlung kann als Tablette oder Infusion erfolgt sein)

Nein

Ja

9. Wie sind Sie versichert?

- rein gesetzlich **ohne** Zusatzversicherung
- gesetzlich mit einer Zusatzversicherung
- privat
- privat im sogenannten Basistarif
- gar nicht

10. Ich möchte regelmäßig an meinen nächsten Kontrolltermin erinnert werden:

- Ja, einmal jährlich per Postkarte
- Ja, 2mal im Jahr per Postkarte
- Ja, einmal jährlich per Telefon
- Ja, 2mal im Jahr per Telefon
- Ja, einmal jährlich per Email
- Ja, 2mal im Jahr per Email
- Nein, ich wünsche keine Erinnerung

Wichtiger allgemeiner Hinweis für gesetzlich versicherte Patienten:

Zur Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen wird eine gültige Versicherungskarte benötigt. Sollte diese nicht während des Quartals, in dem Sie behandelt wurden, bei uns eingelesen werden können und liegt auch sonst kein rechtskräftiger Versicherungsnachweis vor, dann wird Ihnen die Behandlung privat in Rechnung gestellt.

Ort und Datum

Unterschrift