



Liebe Patientin, lieber Patient,
ich möchte Sie bitten den vorliegenden Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer ärztlichen Behandlung in meiner Praxis. Das Ausfüllen ist freiwillig, aber je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen.

Patient: _____
Name Vorname geb.

Anschrift: _____
Straße, Haus-Nr. Postleitzahl, Wohnort

Telefon: Festnetz: _____ Mobil: _____

e-mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Bei Privatpatienten Name der Kasse: _____

beihilfeberechtigt ja nein

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen (z.B. des Herzens, Bluthochdruck, Asthma) oder innere Krankheiten (z.B. Diabetes, Schilddrüse, Krebs usw.): nein ja

Wenn ja, welche? _____

Bestehen sonstige Erkrankungen? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Operationen bisher? nein ja

wenn ja, welche und wann (auch nicht-orthopädisch): _____

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, Aids, usw.): nein ja

wenn ja, welche _____

Allergien: _____

Überempfindlichkeiten nein ja

gegen Medikamente: _____

gegen Materialien: _____

Wer ist Ihr Hausarzt: _____

Wo haben Sie heute die Beschwerden _____

Seit wann haben Sie diese Beschwerden _____

Wann wurden Sie zuletzt **in diesem** Bereich geröntgt: _____

Bei Frauen im gebärfähigem Alter: Schwangerschaft nein ja Schwangerschaftsmonat _____

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben zeitnah mit.

Eine Erklärung zum Datenschutz nach Artikel 13 EU-DSGVO halten wir zur Einsicht in unserer Praxis bereit.

Bitte beachten Sie: Wir behalten uns vor, für reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mind. 24 Stunden vor Behandlungsbeginn) ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Datum: _____ Unterschrift: _____