

Anmeldeformular für Patienten

● Liebe Patientin, lieber Patient. Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Ihre möglichst umfassende Betreuung in unserer Praxis zu gewährleisten und um Komplikationen für Sie sowie Übertragungen von Infektionskrankheiten vorzubeugen, bitten wir Sie, die nachfolgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand bzw. dem Ihres Kindes zu beantworten. Ihre Angaben werden Ihren Krankenunterlagen beigeordnet und unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Sollten sich im Verlauf Ihrer Behandlung Korrekturen der Angaben notwendig machen (z. B. Schwangerschaft usw.), so informieren Sie uns darüber zum nächstmöglichen Termin bzw. tragen Sie es in den Ihnen erneut vorzulegenden Erhebungsbogen nach.

Name	Straße	Email-Adresse
Vorname	PLZ/Ort	Beruf
Geburtsdatum	Tel.-Nr. (tagsüber)	z.Zt. ausgeübte Tätigkeit
Geburtsort	Handy-Nr. ....	.....

● Sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, Name/Adresse des Arztes:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Rauchen Sie? Wenn ja, seit wie vielen Jahren?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....
Nehmen Sie z.Zt./dauernd Medikamente ein? Wenn ja, welche? (Dosis, Medikationsplan)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wie viel rauchen Sie pro Tag?	.....
.....
.....	.....	Trinken Sie Alkohol?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> gelegentlich

● **Lag oder liegt bei Ihnen eine der folgenden Gesundheitsstörungen vor:**

1. Zu hoher/niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	10. Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
2. Herzschwäche, -leiden, -rhythmusstörungen, Angina pectoris, Infarkt, Stents, Bypass, Schrittmacher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	11. Sonstige Erkrankungen Wenn ja, bitte angeben:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
3. Lungenerkrankungen (Asthma)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....	.....
4. Bösartige Tumorerkrankungen Wenn ja, wann/wo?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	12. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein (z. B.: Falithrom®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Lixiana®, Heparin, ASS)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
5. Sind Sie aufgrund einer bösartigen Tumorerkrankung operiert worden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	13. Traten bei Ihnen nach Verletzungen/Operatio- nen stärkere Blutungen auf?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
bestrahlt worden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	14. Leiden Sie unter Unverträglichkeits-/ Überempfindlichkeitsreaktionen (gegenüber Medikamenten wie Penicillin)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Haben Sie eine Chemotherapie erhalten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wenn ja, welche?	.....
Haben Sie Bisphosphonate erhalten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	15. Liegt bei Ihnen eine Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, AIDS-Infektion) vor?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
6. Leiden Sie an Osteoporose? Wenn ja, nehmen Sie Medikamente dagegen ein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sind Sie HIV-positiv?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....	.....	Für weibliche Patienten:	.....
7. Zuckerkrankheit o.a. Stoffwechselstörungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	16. Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8. Nierenleiden (Dialyse)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....	.....
9. Leberleiden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....	.....

Betrifft Straßenverkehrstauglichkeit:

Verschiedene Medikamente – u.a. Schmerz- und Beruhigungsmittel sowie Spritzen zur örtlichen Betäubung – können Ihre Sicherheit und Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Sie sollten deshalb bis ca. 4 Stunden nach der Verabreichung der Medikamente bzw. der Spritze kein Fahrzeug führen.

● **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. Über Veränderungen meiner Angaben innerhalb des Behandlungszeitraumes werde ich Sie umgehend informieren. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, mindestens 24h vorher, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können. Ich wünsche regelmäßige Informationen und Recall-Service durch die Praxis sowohl telefonisch als auch schriftlich per Mail. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Bitte bestätigen Sie abschließend, diesen Informations- und Erhebungsbogen gelesen und verstanden zu haben, die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand nach bestem Wissen beantwortet zu haben sowie im Bedarfsfall Gelegenheit erhalten zu haben, Fragen zur näheren Information zu stellen.

.....
Dresden, den

.....
Unterschrift des Patienten