



## Patientenfragebogen

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Geburtstag, Geschlecht :  M  W

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon tagsüber

\_\_\_\_\_  
E-Mailadresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung/Krankenkasse

Ich bin im PKV-Standardtarif versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

\_\_\_\_\_  
Überweisender Arzt: Name, Adresse, Tel.

\_\_\_\_\_  
Hausarzt: Name, Adresse, Tel.

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigter



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

Hoher Blutdruck (Hypertonie)  Ja  Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  Ja  Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt  Ja  Nein

Herzerkrankung  Ja  Nein

Herzschrittmacher  Ja  Nein

Endokarditis-Prophylaxe  Ja  Nein

**Medikamente**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen**

Hepatitis A,B oder C  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

andere:

**Medikamente**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allergien/Unverträglichkeit**

Lokalanästhetika  Ja  Nein

Schmerzmittel  Ja  Nein

Antibiotika  Ja  Nein

andere:

**Weitere Erkrankungen**

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein

Asthma  Ja  Nein

Lungenerkrankung  Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein

Rheuma  Ja  Nein

Epilepsie  Ja  Nein

Diabetes  Ja  Nein

Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein

Ohnmachtsneigung  Ja  Nein

Grauer Star  Ja  Nein

andere:

**Medikamente**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Weitere wichtige Angaben für die Behandlung mit Lachgas:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Emphysem                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Chron. obstrukt. Lungenerkrankung          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Eingeschränkte oder behinderte Nasenatmung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nasennebenhöhlen Probleme                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Pneumothorax                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ileus                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Multiple Sklerose                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Mittelohrentzündung                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Augen-OP mit Gasblase                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Psychopharmaka                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlafmittel                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gabe von Zytostatika/<br>Chemotherapeutika | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vitamin B12 Mangel                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Alkohol-/ Drogenabusus                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wenn Ja, was: \_\_\_\_\_



### Allgemeine Angaben

- Drogenkonsum  Ja  Nein
- Alkoholgenuss  Ja  Nein Wenn ja,  selten,  oft,  regelmäßig
- Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0-10,  über 10  
Zigaretten/am Tag
- Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein Wenn ja, seit wann und welche:  
\_\_\_\_\_
- Frühere Röntgenuntersuchungen  Ja  Nein Wenn ja, Datum und Körperteile:  
\_\_\_\_\_
- Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat:  
\_\_\_\_\_

### 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.

Ich bestätige, dass alle angegebenen Daten der Wahrheit entsprechen und ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle, während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Datum    Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter