



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/
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: _____

