

## Fragebogen für Neupatienten

### 1. Allgemeine Angaben

Seite 1 / 2

**Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!**

Patient .....  
Name ..... Vorname ..... geb. am .....

Mitglied .....  
Name ..... Vorname ..... geb. am .....

Anschrift .....  
Straße ..... Nr. ..... Telefon .....  
Postleitzahl ..... Ort .....  
E-Mail-Adresse .....

Krankenkasse .....  
 Zahnzusatzversicherung  privatversichert Beihilfe  ja  nein

Beruf .....

Arbeitgeber .....  
Name/Bezeichnung ..... Telefon .....

Anschrift Arbeitgeber .....  
Straße ..... Nr. ..... PLZ ..... Ort .....

Hausarzt (Allgemeinarzt) .....  
Name / Praxisbezeichnung .....

Anschrift .....  
Straße ..... Nr. ..... Telefon .....  
Postleitzahl ..... Ort .....

Kontakt durch .....  
Wie sind Sie zu uns gekommen (Empfehlung, Internet, Telefonbuch etc.)?

### 2. Gesundheitsbezogene Angaben

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, bitten wir um folgende Angaben**

Letzte Röntgenuntersuchung im Kopf-/Kieferbereich: .....

Überempfindlichkeit gegen: .....

Medikamente: .....

Materialien: .....

Sonstiges: .....

Rauchen Sie (wieviel pro Tag)?:  ja  nein .....

Besteht eine Schwangerschaft?:  ja  nein .....

**bitte wenden**

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, bitten wir um folgende Angaben**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gern fragen.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie mit ja antworten; bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
1 Allergie (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4 Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5 Diabetes (Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6 Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7 Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8 Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.1 Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.2 Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.3 Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.4 Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.5 Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.6 Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.7 Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.8 Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9 Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.1 Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.2 AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10 Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11 Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12 Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14 Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15 Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16 Frühere Operationen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17 Nehmen Sie Medikamente (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Einverständniserklärung von Privatpatientinnen/-Patienten**

Ich wünsche die Erbringung der durchgeführten Leistungen als Privatpatientin. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich die mit dieser Behandlung entstehenden Kosten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) selbst trage. Sollte ich hiervon abweichende Vereinbarungen wünschen, so teile ich dies vor Behandlungsbeginn mit! Im Zusammenhang mit der Behandlung notwendige konsiliarische Leistungen von Ärzten anderer Fachrichtungen (Pathologie, Labor, Anästhesie etc.) können von der Praxis Dr. Dr. Schüsselbauer veranlasst werden. Falls ich hiergegen keine Einwände vor Behandlungsbeginn erhebe, so darf Dr. Dr. Schüsselbauer von meinem Einverständnis ausgehen. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt separat vom Konsiliarius.