

## PATIENTEN FRAGEBOGEN

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sie begeben sich das erste Mal in unsere Behandlung - oder waren lange nicht mehr hier. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Mit diesem Fragebogen möchten wir ein "unangenehmes Mithören" an der Anmeldung vermeiden. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nehmen Sie sich Zeit. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an meine Mitarbeiterinnen.

Vielen Dank, Gero Siemann & Praxisteam



## Persönliche Daten

| Patient/-in:                        | Name               |                  | Vorname                      | <br>Geburtsdatum   |  |
|-------------------------------------|--------------------|------------------|------------------------------|--|--|
| Adresse:                            | <u> </u>           | /Hausnummer      |                              | Postleitzahl/Wohnort   |  |
| Telefon:                            | Straise            | / nausnummer     |                              | Postielizani/ vvonnori   |  |
| releion.                            | Mobil              |                  | Festnetz (privat/ges         | Festnetz (privat/geschäftlich)   |  |
| Mail:                               |                    |                  |                              |  |  |
| Krankenkasse:                       |                    | O gesetzlich     | O privat                     |  |  |
|                                     |                    | O Mitglied       | O Familienmitglied           | O Rentner  |  |
| Hauptversiche                       | rte/-r:            |                  |                              |  |  |
|                                     |                    | Name             | Vorname                      | Geburtsdatum   |  |
| Freiwillige A                       | ngabe              | en               |                              |  |  |
| Beruf/Tätigkeit                     |                    |                  | Kinder                       |  |  |
| Arbeitgeber                         |                    |                  | Familienstand                |  |  |
| eine optimale                       | nden Fr<br>Vorbere | agen sollen nic  | gibt sich für unseren Kontal | lung ersetzen, sondern ermöglicher<br>kt ein zeitlicher Freiraum, den wir fü |  |
| Wichtige berei<br>(z. B. Hepatitis, |                    |                  | ungen (z.B. Bluthochdruck,   | Diabetes) oder Infektionskrankheiter   |  |
| Nehmen Sie zu                       | ur Zeit N          | Nedikamente ein  | n, wenn ja - welche?         |  |  |
| Sind Allergien                      | bekann             | ıt, insbesondere | Medikamente?                 |  |  |
| Bereits durchge                     | eführte            | HNO-Operation    | nen?                         |  |  |



## **Datenschutz**

Schweigepflichtentbindung für Angehörige oder nahestehende Personen:

Um Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner/-in, Sohn, Tochter oder Lebensgefährten/-in Befunde mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand informieren zu dürfen, benötigen wir auch hier Ihre schriftliche Einwilligung:

| 1.           |   |                                      |  |
|--------------|---|--------------------------------------|--|
| ٠.           | Name  | Verwandtschaftsgrad                  | Telefon/Handy (wenn bekannt)   |
| 2.           |   |                                      |  |
|              | Name  | Verwandtschaftsgrad                  | Telefon/Handy (wenn bekannt)   |
| 3.           |   |                                      |  |
|              | Name  | Verwandtschaftsgrad                  | Telefon/Handy (wenn bekannt)   |
|              |   | Datum                                | Unterschrift   |
| ich          | einverstanden, dass der l<br>eitergeleitet wird.                                  |                                      | cht werden dürfen. Des Weiteren bin<br>e/den überweisende/-n Ärztin/Arzt     |
| 0            | Ja O Nein   |                                      |  |
| Hie          | ermit bestätige ich die Ricl  | htigkeit der gemachten Angaben.      |  |
|              |   |                                      |  |
| 0            | rt, Datum   | Unterschrift                         |  |
| lo<br>S<br>m | ch wünsche die sofortige E<br>ofern meine fehlende Kro<br>nir die Behandlung nach | ınkenversicherungskarte nicht nachtr | räglich von mir vorgelegt wird, wird<br>lie sonst bei vorliegender Versiche- |

Unterschrift

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Ort, Datum