

Patientenauskunft zum aktuellen Gesundheitszustand



Sehr geehrter Patient,

wenn Sie heute zum ersten Mal zu uns in die Praxis kommen, geben Sie uns bitte die folgenden Auskünfte, damit wir uns einen Überblick über Ihren aktuellen Gesundheitszustand verschaffen können. So wissen wir gleich, worauf wir bei Ihrer individuellen medizinischen Behandlung achten sollen. Bitte geben Sie Ihre persönlichen Kontaktdaten an, auch wenn sich nichts geändert hat.

→ Patient

Titel	Beruf	
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Telefon	Mobil
PLZ, Ort	E-Mail	

Versicherter/Zahlungspflichtiger/Gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls abweichend von „Patient“)

Titel	Beruf	
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Telefon	Mobil
PLZ, Ort	E-Mail	

→ Versicherungsstatus

gesetzlich pflichtversichert

- freiwillig versichert bei einer Krankenkasse
- freiwillig versichert mit Zusatzversicherung für:
Sonderleistungen außerhalb des GKV-Bereiches

privat pflichtversichert

- allgemeiner Regelsatz (vollversichert)
- Sondersätze (Post-B, Studenten, usw.)
- nicht versichert, ich zahle jedes Mal
sofort nach der Behandlung in bar.

→ Persönliche Gesundheitsleistungen

Infomaterial zu unseren Persönliche Gesundheitsleistungen
und zu einer persönlichen Praxismappe interessiert mich:

Ja Nein

→ Anamnese

Zigaretten rauche ich: nie selten regelmäßig
Alkohol trinke ich: nie selten regelmäßig

Operationen

Allergien

Medikamentenunverträglichkeit

Ich nehme keine Medikamente

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente/Präparate ein
(Bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Abführmittel an)

→ Ich leide an folgenden Krankheiten

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen (z. B. Hepatitis B/C, HIV) |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Kreislauf- und Gefäßerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Skelettsystems | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Gemütsleiden, Depressionen | <input type="checkbox"/> Nervenleiden (z. B. Krampfanfälle) |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen |

Sonstiges

→ Nur von Frauen auszufüllen

- Ich bin schwanger Ich bin nicht schwanger
 Ich weiß nicht, ob ich schwanger bin

→ Termin und Daten

Sollte ich die für mich reservierten Termine nicht wahrnehmen können, so verpflichte ich mich, die Praxis Dr. med. Anna Maria Malik schnellstmöglich darüber zu informieren. Bei Nichteinhaltung eines verbindlichen Termins oder kurzfristigen Absagen (weniger als 24 Stunden), verpflichte ich mich, die reservierten Stunden persönlich zu vergüten, sofern die Termine nicht anderweitig vergeben werden können oder ein weiterer Patient gleichzeitig einen Termin vereinbart hat (§ 296 Satz 1 BGB, §§ 611, 615 BGB). Die Ausfallkosten betragen 30€ je angefangene halbe Stunde und werden für den reservierten Gesamtzeitraum in Rechnung gestellt.

Ich bin einverstanden mit der elektronischen Erfassung und Speicherung meiner Daten.
Mir ist klar, dass alle in diesem Formular von mir gemachten Angaben selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Datum

Unterschrift, Stempel