



Ärztlicher Fragebogen

Die hier gemachten Angaben dienen Ihrer eigenen Sicherheit, damit die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden kann. Deshalb bitte vollständig und gewissenhaft ausfüllen. Wenn erforderlich, unaufgefordert wichtige Krankenberichte bitte mitbringen.

Name, Vorname: _____ Privatversicherung: _____

Geburtsdatum: _____ Sozialamt: _____

Straße, Haus-Nr: _____ Krankenkasse: _____

Wohnort: _____

Telefon-Nr Privat: _____ Handy: _____

Beruf: _____

E-Mail Adresse (Bitte in Druckbuchstaben): _____

Staatsangehörigkeit: _____

Ich wurde überwiesen von Dr.: _____

Ich komme durch eigener Initiative: ja, Gelbe Seiten , Telefonbuch, Internet, Homepage

Ich komme auf Empfehlung von: _____

Mein Hausarzt ist Dr.: _____

Mein Zahnarzt ist Dr.: _____

Fragen zum speziellen Gesundheitszustand. Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen.

- Welche Beschwerden haben Sie im Kopf- und Halsbereich:
Zahn Schleimhaut Kiefergelenk Sonstige

- Werden oder wurden Sie deswegen schon behandelt ?
Medikamente Operationen Sonstige Maßnahme

- Welche Medikamente nehmen Sie ? Keine , doch für: Herz , Kreislauf , Asthma , Allergie Schlafstörung , , Unruhe , Leber , Niere , Blutungsneigung oder Gerinnungsstörung
Medikamentenname: _____

- Wurden Sie schon im Kopf- oder Halsbereich operiert oder bestrahlt ? Ja Nein
Wann? _____ Wo? _____ Woran? _____

- Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Kopf- und Halsbereich ?

Nehmen Sie(X=ja):

- Blutverdünner, Aspirin, Tispol, Marcumar, Colfarit, Acetylsalizylsäure, Godamed, Clopidogrel, Dipyridamol, Iscover, Plavix, ASS 100 Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban, Xarelto, Pradaxa, Prolia, XGEVA, Eliquis

Bitte auch die Rückseite beachten und vollständig ausfüllen!!

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand. Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen.

Leiden Sie an:	<i>ja</i>	<i>nein</i>		<i>ja</i>	<i>nein</i>
1. Grünem Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. Nasen-Nebenhöhlenentzdg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Schilddrüsenkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Lungen-, Rippenfellentzdg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Asthma,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. Medikamentenunverträglichk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hohen Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____.		
8. Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. Herz o. Gefäßkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. Bypass <input type="radio"/> Schrittmacher <input type="radio"/> Klappe <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
12. Magenkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. Krankheiten der Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Blutarmut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Anderen Krankheiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. Ansteckende Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. HIV /MRSA /Jacob Kreuzfeld Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Wieviel Rauchen sie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24. Trinken Sie regelm. Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Sind Sie schwanger? Welcher Monat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26. Hautkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			28. Zometa, Fosamax, Actonel, Denosumap, Xgeva oder Prolia bei Krebsbehandlung oder Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche? _____

	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Sind Sie mit Röntgenaufnahmen im Kopfbereich einverstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie, falls erforderlich, mit einem operativen Eingriff einverstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mir ist bekannt, daß bei gesetzlich Versicherten ein gültiger Behandlungsausweis vorliegen muß.
Dem Arzt bleibt daher freigestellt, ob er entsprechend der Dringlichkeit die Behandlung beginnt.
Ggf. sind Versichertenkarten innerhalb von 3 Tagen nachzureichen. Nach Ende des Quartals besteht nicht die Pflicht zur Annahme der KVK, sodass eine private Liquidierung erfolgen muss.

Datenschutzrechtliche Einwilligungsklausel:

Mit der Erhebung/ Weitergabe /Verarbeitung der erhobenen personenbezogenen Daten zu/Befunden/Röntgenbildern/Histologien/Behandlungen/Abrechnungen entsprechend SGB , DS-GVO und zur Kassenmedizin an kassenärztliche/zahnärztliche Vereinigung bzw. privatärztliche Abrechnungsstelle, Buchhaltung, Steuerberater, Recall, Terminerinnerung (u.a. per E-Mail) in der Praxis Dr. Romeo-Gheorghe Brezeanu bin ich einverstanden.
Für weitere Info zu Widerruf und Beschwerde siehe Aushang im Wartezimmer.

Ort, Datum:

Unterschrift.