

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

wir bitten Sie, den vorliegenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns dadurch, bei Ihnen eventuell gegebene Gesundheitsrisiken besser zu erkennen. Wir können damit unsere Behandlung optimal auf Ihre Bedürfnisse ausrichten.

Zunächst bitten wir Sie die folgenden, allgemeinen Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Vielen Dank!

Patient: (Name, Vorname)	Versicherter: (Name/Vorname)
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse:	Adresse (falls abweichend):
Festnetz-/Mobiltelefon:	E-mail:
Beruf:	Arbeitgeber:
Krankenversicherung:	Zusatzversicherung:
Hausarzt:	Hauszahnarzt:
Überweisender Arzt:	Wichtiger Angehöriger mit Telefonnummer:
Wodurch sind Sie auf unsere Praxisklinik aufmerksam geworden?	

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, Warfarin, ASS, Aspirin, Plavix, Godamed) ein? Wenn ja , welches Medikament? letzte Einnahme:	Oja Onein
Haben Sie innerhalb der letzten 10 Tage Schmerzmedikamente eingenommen? (z.B. ASPIRIN, Dolomo, Thomapyrin, ...) Wenn ja , welche ?	Oja Onein
Besteht bei Ihnen eine erhöhte Blutungsneigung (z.B. bei kleinen Verletzungen, Nasenbluten), treten bei Ihnen häufig blaue Flecken oder Blutergüsse auf?	Oja Onein
Leiden Sie an einer angeborenen oder erworbenen Blutgerinnungsstörung ? Wenn ja , welche ?	Oja Onein

Besteht bei Ihnen eine chronische Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, AIDS, Tuberkulose)?	Oja Onein
Wenn ja , welche?	
Besteht bei Ihnen eine Allergie oder Überempfindlichkeit (z.B. gegen Pflaster, Medikamente, Antibiotika, Kontrastmittel, Latex oder lokale Betäubungsmittel)?	Oja Onein
Wenn ja , welche ?	
Haben Sie schon einmal eine Spritze zur örtlichen Betäubung bekommen (z.B. beim Zahnarzt)?	Oja Onein
Gab es dabei Komplikationen oder Nebenwirkungen? Wenn ja , welche ?	Oja Onein
Rauchen Sie?	Oja Onein
Wenn ja , Anzahl der Zigaretten pro Tag?	
Leiden Sie an erhöhtem Blutdruck ?	Oja Onein
Haben Sie bereits einen Herzinfarkt erlitten?	Oja Onein
Wenn ja , wann ?	
Leiden Sie an Herzrhythmusstörungen oder tragen sie einen Herzschrittmacher ?	Oja Onein
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen des Herzmuskels (koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, Herzkranzgefäßerkrankung) oder wurde bei Ihnen bereits eine Bypassoperation durchgeführt?	Oja Onein Oja Onein
Wenn ja , welche ?	
Leiden Sie an einer bisher nicht aufgeführten Herzerkrankung (Klappenschädigung, künstl. Herzklappenersatz, Herzinsuffizienz, Herzmuskelerkrankung)?	Oja Onein
Wenn ja , welche ?	
Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	Oja Onein
Müssen Sie Insulin spritzen?	Oja Onein
Besteht bei Ihnen eine Augenerkrankung (grüner Star, Glaukom, grauer Star)?	Oja Onein
Wenn ja , welche ?	
Bestehen bei Ihnen Anzeichen einer Schwangerschaft ?	Oja Onein
Liegen bei Ihnen irgendwelche bisher nicht genannte Erkrankungen vor (auch wenn Ihnen diese harmlos oder unwichtig erscheinen)? Z.B. das Vorliegen eines Leistenbruchs oder eines Nabelbruchs .	Oja Onein
Wenn ja , welche ?	
Haben Sie im Rahmen einer Osteoporosetherapie oder Tumorthherapie eine Behandlung mit Bisphosphonaten (z.B.: Zometa, Aredia, Actonel, Bondronat, Fosamax, Bonefos, Ostac)?	Oja Onein
Wenn ja , welches und wann?	

Sind Sie schon einmal operiert worden ? Wenn ja , wann und weshalb?			Oja Onein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (auch die „Pille“ oder Vitaminpräparate)? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?			Oja Onein
Medikament	morgens	mittags	abends
Leiden Sie an anderen Beschwerden, chronischen oder akuten Schmerzzuständen ? (z.B. Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen, ...) Wenn ja , welche?			Oja Onein

Bitte teilen Sie dem Arzt im persönlichen Gespräch mit, ob Sie an einer Suchtkrankheit leiden oder früher gelitten haben (Alkohol, Medikamente, Drogen, usw.). Für uns ist diese Information äußerst wichtig, da wir in diesen Fällen bei unserer Auswahl der Medikamente für Ihr Wohlergehen besondere Rücksicht nehmen müssen!!!

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich unter Berücksichtigung aller Datenschutzrichtlinien behandelt!

Ich versichere, dass ich die oben gestellten Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Alle mir bekannten Erkrankungen, Gesundheitsrisiken und regelmäßig eingenommene Medikamente habe ich vollständig angegeben.

Neu-Ulm, den _____

Unterschrift des Patienten/in bzw.
Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für Ihre freundliche Hilfe!

Ihr Dr. med Leif-Konradin Sailer
und das Team der DOC – Praxisklinik im Wiley