

## Patientenfragebogen

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Geburtstag, Geschlecht :  M  W

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon tagsüber

\_\_\_\_\_  
E-Mailadresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung/Krankenkasse

Ich bin im PKV-Standardtarif versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

\_\_\_\_\_  
Überweisender Arzt: Name, Adresse, Tel.

\_\_\_\_\_  
Hausarzt: Name, Adresse, Tel.

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)  Ja  Nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  Ja  Nein
- Herzklappenerkrankung/-defekt  Ja  Nein
- Herzerkrankung  Ja  Nein
- Herzschrittmacher  Ja  Nein
- Endokarditis-Prophylaxe  Ja  Nein

**Medikamente**

---



---



---



---



---

**Infektionserkrankungen**

- Hepatitis A,B oder C  Ja  Nein
- Tuberkulose  Ja  Nein

**Medikamente**

---



---

andere:

---

**Allergien/Unverträglichkeit**

- Lokalanästhetika  Ja  Nein
- Schmerzmittel  Ja  Nein
- Antibiotika  Ja  Nein

andere:

---

**Weitere Erkrankungen**

- Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein
- Asthma  Ja  Nein
- Lungenerkrankung  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein
- Rheuma  Ja  Nein
- Epilepsie  Ja  Nein
- Diabetes  Ja  Nein
- Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein
- Ohnmachtsneigung  Ja  Nein
- Grauer Star  Ja  Nein

**Medikamente**

---



---



---



---



---



---



---



---



---

andere:

---

Weitere wichtige Angaben für die Behandlung mit Lachgas:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Emphysem                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Chron. obstrukt. Lungenerkrankung          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Eingeschränkte oder behinderte Nasenatmung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nasennebenhöhlen Probleme                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Pneumothorax                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ileus                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Multiple Sklerose                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Mittelohrentzündung                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Augen-OP mit Gasblase                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Psychopharmaka                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlafmittel                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gabe von Zytostatika/<br>Chemotherapeutika | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vitamin B12 Mangel                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Alkohol-/ Drogenabusus                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wenn Ja, was: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Angaben

- Drogenkonsum  Ja  Nein
- Alkoholgenuss  Ja  Nein Wenn ja,  selten,  oft,  regelmäßig
- Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0-10,  über 10  
Zigaretten/am Tag
- Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein Wenn ja, seit wann und welche:  
\_\_\_\_\_
- Frühere Röntgenuntersuchungen  Ja  Nein Wenn ja, Datum und Körperteile:  
\_\_\_\_\_
- Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat:  
\_\_\_\_\_

### Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich bestätige, dass alle angegebenen Daten der Wahrheit entsprechen und ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle, während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter