



Dr. Timo Bachmann

Herzlich willkommen in meiner Praxis!

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, benötigen wir die Beantwortung nachfolgender Fragen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGb) sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Herr / Frau / Kind

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

ggf. Erziehungsberechtigte/r:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift:

Straße + Hausnummer _____ PLZ + Ort _____

Telefon:

Mobiltelefon: _____

Arbeit / tagsüber: _____

Festnetz: _____

Email-Adresse: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Name der Krankenkasse / Versicherung: _____

privat (Beihilfe oder Basis-/Standardtarif) gesetzlich (private Zusatzversicherung)

Wie haben Sie von meiner Praxis erfahren?

Facebook Jameda Google Anzeigenwerbung persönliche Empfehlung →

Durch welche Person wurde Ihnen meine Praxis empfohlen?

Welche Wünsche oder Beschwerden führen Sie zu uns? _____

Ärztliche Behandlung: Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?



Hausarzt / Facharzt:

Name + Adresse + Telefonnummer

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Zum Beispiel **Bisphosphonate** (z.B. wg. Tumorerkrankung, Osteoporose) oder **gerinnungshemmende Medikamente?** (Aspirin, Marcumar, Xarelto, Pradaxa etc.)

Allergien: Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja
Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Allergie?

Herzerkrankung: Herzschwäche (Insuffizienz)? nein ja
Herzasthma, Angina pectoris? nein ja
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? nein ja
Zustand nach Herzinfarkt? Wenn ja, Wann? _____ nein ja
Sonstiges _____

Kreislaufkrankung: zu hoher Blutdruck? nein ja
zu niedriger Blutdruck? nein ja

Stoffwechselerkrankung: Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ I oder Typ II)? nein ja
Magen-Darmerkrankungen? nein ja
Schilddrüsenerkrankung? nein ja

Erkrankung des Nervensystems: Anfallsleiden / Epileptische Anfälle? nein ja
Parkinson? nein ja
Demenz oder Alzheimer? nein ja

Bluterkrankungen: Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)? nein ja

Infektionskrankheiten: Leberentzündung (Hepatitis A / B / C)? nein ja
Tuberkulose? nein ja
HIV Infektion? nein ja
 Positiv; therapiert und unter der Nachweisgrenze nein ja
 Positiv; nicht therapiert nein ja
MRSA-Bakterien / Krankenhaus-Bakterien? nein ja

Sonstiges: Schlaganfall? nein ja
grüner Star (erhöhter Augeninnendruck)? nein ja
künstliche Gelenke? nein ja
Sonstige Erkrankungen? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen-, medikamenten- oder alkoholabhängig? nein ja
Wenn ja, was genau? _____
Rauchen Sie, wenn ja, ca. wie viele Zigaretten/Tag? _____ nein ja

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? nein ja
Wann? _____

Schwangerschaft: Wenn ja, in welcher Woche? _____ nein ja

Ort

Datum

Unterschrift Patient