

Patient*innen-Fragebogen

Bitte leserlich schreiben, wenn möglich in Blockbuchstaben. Vielen Dank!

Familienname: Vorname:
Geburtsdatum: Titel:
Geschlecht: o weiblich o männlich o
Krankenversicherung: SV-Nr.:
Mitversichert mit:
SV-Nr. & Geburtsdatum:
Dienstgeber (Name, Adresse):
.....
Zusatzversicherung:
Adresse (PLZ, Ort, Straße):
Telefonnummer:
E-Mail:

Hausärztin / Hausarzt:

.....

Zuweiser (wenn nicht Hausarzt):

.....

Sind Allergien gegen Medikamente, Pollen, Gräser oder andere natürliche oder synthetische Substanzen bekannt?

.....

Rauchen Sie und wenn ja, wieviel pro Tag und seit wieviel Jahren?

.....

Körpergröße: (cm) Körpergewicht: (kg)

An welchen Beschwerden leiden Sie zurzeit?

.....

.....

Medikament	08:00	14:00	17:00	20:00	Medikament	08:00	14:00	17:00	20:00

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen oder Infektionen (z. B. Osteoporose, Diabetes, Bluthochdruck, hohe Blutfette, Hepatitis, chronische Infektionen)? Hatten Sie früher schwere Erkrankungen oder Operationen (mit Jahreszahl)?

.....
.....
.....
.....

Gibt es in Ihrer Familie erbliche oder gehäuft auftretende Erkrankungen von Lunge oder Herz (z. B. Asthma, COPD, Lungenkrebs, Herzinfarkt)?

.....
.....

Schnarchen Sie laut und unregelmäßig, eventuell mit Atempausen? Leiden Sie an verstärkter Tagesmüdigkeit oder Sekundenschlaf?

.....

Datenschutz

„Ich bestätige, dass meine Angaben nach bestem Wissen der Wahrheit entsprechen und dass die für die Administration und Behandlung erforderlichen persönlichen Daten inklusive sensibler Gesundheitsdaten im Sinne der aktuellen Datenschutz-Grundverordnung aufgenommen, bearbeitet, gespeichert und an Ärztinnen und Ärzte meines Vertrauens übermittelt werden dürfen.“

IBAN (wenn ich für Sie die Rückerstattung bei Ihrer Gesundheits- und Krankenversicherung einreichen darf)

.....

Datum: Unterschrift: