

## ERHEBUNGSBOGEN

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**  
herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Diesen benötigen wir zur Berücksichtigung Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

### Wie sind Sie versichert?

**gesetzlich**

**Zusatzversicherung**

**Privat**

**PKV Basistarif**

**Beihilfe**

<b>Patient</b> Herr/Frau/Kind	Name	Vorname	geb.
	Strasse	Hausnummer	
	PLZ	Ort	
	Tel.(Festnetz)*	Tel.(Mobil)*	E-Mail*
<b>Hauptversicherter</b> bei Familienversicherung bzw. <b>Erziehungsberechtigter</b> bei Minderjährigen	Name	Vorname	geb.
	Strasse	Hausnummer	
	PLZ	Ort	
	Tel.(Festnetz)*	Tel.(Mobil)*	E-Mail*
<b>Beruf/ Arbeitgeber *</b>			

### Für gesetzlich versicherte Patienten:

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte für jedes neue Quartal in dem Sie bei uns sind. Liegt uns diese 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Selbstzahler und Sie erhalten eine Privatrechnung nach GOZ.

### ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche:	_____
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		_____
Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		_____

### Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_

**BAG Röhling und Tanos**

Bleibtreustr. 34  
 10707 Berlin  
 Tel: +49 (0) 30 8827041  
 info@bleibtreu34.de



**Zahnheilkunde**  
**BLEIBTREU34**

<b>Allergien bzw. Unverträglichkeiten?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lokalanästhetika/ Spritzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere: .....		

<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welcher Monat?		

<b>Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann? .....		

**Hausarzt/ Facharzt: \***

<b>Name:</b> .....	<b>Telefonnummer:</b> .....
<b>Adresse:</b> .....	

<b>Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? *</b>	<b>Patient</b>	<b>Internet</b>	<b>Printmedien</b>	<b>Zufällig</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(\*) *Freiwillige Angaben*

*Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen und Sie in Ruhe behandeln zu können, sind wir eine Bestellpraxis. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine pünktlich einzuhalten, oder falls Sie verhindert sind, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir behalten uns vor, Ihnen bei nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagten Termine, diese Ihnen in Rechnung zu stellen (nach §§ 615,293 BGB, Ersatz des Ausfallschadens).*

Ich möchte in der Regel beraten und behandelt werden von:

<b>André Röhling</b>	<b>Dimitrios Tanos</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

*Datum und Unterschrift des Patienten*