



ALLGEMEINMEDIZIN AM ALTSTADTMARKT
DR. MED. CHRISTOPH GOERDT
ALTSTADTMARKT 13-14
38100 BRAUNSCHWEIG

PATIENTENFRAGEBOGEN

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Rechnungsadresse falls abweichend

Größe cm

Gewicht kg

Beruf/Tätigkeit

Telefonnummer/Handy

Rauchen Sie? nein ja, wie viele Zigaretten tgl.? _____

Leiden Sie unter Allergien? nein

ja: _____

Haben Sie Medikamentenunverträglichkeiten? nein

ja: _____

Haben Sie chronische Krankheiten? nein

ja: _____

Sind bei Ihnen Operationen vorgenommen worden? nein

ja: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein

ja: _____

Nehmen Sie an Vorsorgeuntersuchungen teil? nein

ja, zuletzt: _____

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN

Wurde Ihr Impfschutz kürzlich kontrolliert? ja nein

ja, zuletzt: _____

Sind familiär gehäufte Erkrankungen bekannt? ja nein

ja: _____

Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein

Besteht eine Pflegegrad oder eine gesetzliche Betreuung?

Pflegegrad ja nein Grad _____ Betreuung ja nein

Vor- und mitbehandelnde Ärzte:

bisheriger Hausarzt

Fachärzte

Fachärzte

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Einholung bzw. Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden von bzw. an andere Leistungserbringer (Fachärzte, ehemaliger Hausarzt, Ämter, Krankenkassen) im Gesundheitswesen und versichere alle Angaben wahrheitsgemäß abzugeben.

ERINNERUNG AN VORSORGE-UNTERSUCHUNGEN ja nein

Ich stimme zu, dass mein Arzt mich an wichtige Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen schriftlich erinnern darf.

Diese Einverständniserklärung zur Vorsorgeerinnerung kann von mir jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angabe von Gründen gegenüber der Praxis widerrufen werden.

Datum/Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzliche(r) Vertreter(in)

Erklärung bei privat krankenversicherten Patienten und Selbstzahlern:

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation privatärztlicher Leistungen über die Privatärztliche Verrechnungsstelle Niedersachsen (PVS). Die dazu erforderlichen Daten dürfen an diese entsprechend übermittelt werden.

Datum/Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzliche(r) Vertreter(in)