

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Wir bitten Sie die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse gewissenhaft vor der Behandlung auszufüllen, damit wir auf Ihre individuellen Bedürfnisse eingehen können. Sollten Sie Hilfe beim Ausfüllen des Bogens benötigen oder Fragen haben, steht Ihnen unser Personal selbstverständlich zur Verfügung!

Eine aktuelle und vollständige Medikamentenliste ist zu jedem Termin mitzubringen!

**Persönliche Daten:**

Name: .....	Versicherter: .....
Adresse: .....	Krankenkasse/ Selbstzahler: .....
.....	Sozialversicherungsnummer: .....
Telefon: .....	Geburtsdatum: .....
E-Mail: .....	Hausarzt: .....
	.....

**Gesundheitsfragebogen:**

1) Nehmen Sie Medikamente ein? **JA**  **NEIN**   
**Wenn ja, welche?**  
 .....

2) Leiden Sie unter Allergien/  
 Medikamentenunverträglichkeit? **JA**  **NEIN**   
**Wenn ja, an welcher?**  
 .....

3) Rauchen Sie? **JA**  **NEIN**   
 Stück am Tag:  
**nicht mehr seit:**  
 .....

4) Nehmen Sie ein blutverdünnendes Medikament ein? **JA**  **NEIN**   
 (Marcoumar  Sintrom  Pradaxa  ThromboASS   
 Clopidogrel/Plavix   
**Andere?**  
 .....

5) Haben Sie Metall im Körper? **JA**  **NEIN**   
 (Bsp.: Schrauben/ Platten  künstliches Gelenk/ Endoprothese   
 Implantate  Herzschrittmacher   
**Andere?**  
 .....

6) Operationen? **JA**  **NEIN**   
 (Bsp.: Herzschrittmacher/Defi  Mandeln  Blinddarm   
 Leistenbruch  Gallenblase  Gebärmutter  Prostata   
 Gelenke  künstliches Gelenk  Prothesen  Bandscheiben   
**Andere?**  
 .....

7) Haben Sie weitere Vorerkrankungen? **JA**  **NEIN**   
**Wenn ja, welche?**  
 .....

**Bitte wenden!**

8) Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt? JA  NEIN

Wenn ja, welche?

---

9) Erhöhter Blutzucker/Zuckerkrankheit (Diabetes)? JA  NEIN

10) Spritzen Sie Insulin? JA  NEIN

11) Bluthochdruck? JA  NEIN

12) Herzrhythmusstörungen? JA  NEIN

13) Herzfehler? JA  NEIN

14) Herzinfarkt? JA  NEIN

15) Schlaganfall? JA  NEIN

16) Lungeninfarkt? JA  NEIN

17) Thrombose? JA  NEIN

18) Erhöhte Blutfette? JA  NEIN

19) Erhöhte Harnsäure/ Gicht? JA  NEIN

20) Leberentzündung (Hepatitis)? JA  NEIN

21) Gallensteine? JA  NEIN

22) Nierensteine? (Spontanabgang/Zertrümmerung) JA  NEIN

23) Immer wiederkehrende Blasenentzündungen?  
(Harnwegsinfekte) JA  NEIN

24) Immer wiederkehrender Durchfall? JA  NEIN

25) Magen/Zwölffingerdarm Geschwür oder Gastritis? JA  NEIN

26) Krebserkrankungen? JA  NEIN

Wenn ja, welche?

---

27) Rheuma?  
(Bsp.: chron. Polyarthrit  Psoriasis Arthritis   
M. Bechterew ) JA  NEIN

28) Hauterkrankungen?  
(Bsp.: Schuppen lechte/Psoriasis ) JA  NEIN

Andere?

---

29) Augenerkrankungen?  
(Bsp.: Grauer Star  Grüner Star ) JA  NEIN

Andere?

---

30) Bandscheibenvorfall (Prolaps)? JA  NEIN

31) Osteoporose? JA  NEIN

32) Schilddrüsenknoten (Struma) oder  
Schilddrüsenüberfunktion oder  
Schilddrüsenunterfunktion? JA  NEIN

33) Andere Erkrankungen, als die oben  
angeführten Erkrankungen? JA  NEIN

Wenn ja, welche?

---

Die Wahrung Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig:  
Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten  
(Name, Vers.Nr., medizinischen Angaben)  
hiermit ausdrücklich zu.

**JA**  **NEIN**

Informationen nach Artikel 13 und 14 DSGVO betreffender die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten  
finden Sie auf unserer Website unter [www.bvaeb.at/Datenschutz](http://www.bvaeb.at/Datenschutz).

Gem. Art 7 Abs 3 DSGVO kann ich jederzeit meine Einwilligung widerrufen.  
Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf  
erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit per Mail an [datenschutz@bvaeb.at](mailto:datenschutz@bvaeb.at) widerrufen.

Wien, am: ..... Unterschrift Patient / gesetzliche Vertretung.....