

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:

Ich möchte Informationen über Terminänderungen und Terminerinnerungen per SMS erhalten.

JA ☐ **NEIN** ☐

Diese Zustimmung kann jederzeit per E-Mail (ambulatorien@bvaeb.at) widerrufen werden.

Gesundheitsfragebogen:

1) Nehmen Sie Medikamente ein? **JA** ☐ **NEIN** ☐

Wenn ja, welche?

.....

2) Leiden Sie unter Allergien/ **JA** ☐ **NEIN** ☐

Medikamentenunverträglichkeit?

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?

JA ☐ NEIN ☐

(Bsp.: chron. Polyarthritis ☐ Psoriasis Arthritis ☐
M. Bechterew ☐)

28) Hauterkrankungen?

JA ☐ NEIN ☐

(Bsp.: Schuppenflechte/Psoriasis ☐)

Andere?

29) Augenerkrankungen?

JA ☐ NEIN ☐

(Bsp.: Grauer Star ☐ Grüner Star ☐)

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.

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 widerrufen.

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