



Gemeinschaftspraxis  
Dr. Dr. B. Rabens  
Dr. Dr. M. A. Vossbein

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen  
Plastische Operationen  
Laserchirurgie  
Fettabsaugung  
Hypnose

## Ärztlicher Fragebogen

Die hier gemachten Angaben unterliegen der Schweigepflicht.  
Sie dienen Ihrer eigenen Sicherheit, indem die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand angepasst wird.

Patient

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum ..... Beruf .....

Straße/Nr. .... PLZ/Ort .....

Tel. Erreichbarkeit zwischen 8- 15 Uhr privat/berufl./ Handy .....

Krankenkasse .....

ggf. gesetzl. Vertreter.....  
(Vater, Mutter oder Vormund)

Hausarzt .....

Zahnarzt .....

überwiesen von..... am: .....

Grund der Vorstellung.....

Sind bereits Behandlungen oder Operationen in diesem Zusammenhang erfolgt? Wann? Wo?

.....  
Ja Nein

Sind Sie mit Röntgenaufnahmen im Kopfbereich einverstanden?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder vorübergehend? Bitte alle Medikamente und Dosierung!  
(insbesondere Herz, Kreislauf, Asthma, Schlafstörungen, Allergie)

.....

**Blutverdünner** (z.B. ASS, Plavix, Godamed, Marcumar, Xarelto, Falithrom).....

Osteoporosemittel ( Bisphosphonate z.B. Zometa) .....

Zuckerkrankheit ( z.B. Metformin).....

Besondere Ausweise (**Allergiepass, Herzpass, Notfallausweis, Marcumarausweis**) ggf. erläutern und  
bitte Ausweise vorlegen .....

Herzschrittmacher ( )      Bypass ( )      Stent ( )      Defibrillator ( )

Bitte wenden

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand. Zutreffendes bitte ankreuzen.

Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren:

	Ja	Nein		Ja	Nein
1. Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nasen-Nebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schilddrüsenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lungen-, Rippenfellentzündung Bronchitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	evtl. andere.....		
5. Asthma Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	22. Allergien (Allergiepass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Unverträglichkeit von Medikamenten (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
7. Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Wurden Sie schon im Kopf- oder Halsbereich operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schlaganfall Lähmungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wann? Woran?		
9. Herzkrankheiten Gefäßleiden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....		
10. Magenerkrankungen Magengeschwüre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	24. Wann wurden Sie zuletzt im Kopf- und Halsbereich geröntgt?		
11. Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
12. Nervöse Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Wurden Sie bereits <b>regelmäßig wegen einer Krankheit</b> mit Radium oder Röntgenstrahlen (Strahlentherapie) behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann ? Warum ?		
14. Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
15. Gelenkrheumatismus mit Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Nehmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Krankheiten der Gelenke oder der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Blutarmut Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	28. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Krebs (einschl. Blutkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Nehmen oder nahmen Sie Drogen? (Hasch, LSD, Morphinum o.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Andere Krankheiten z. B. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ggf. Erläuterungen zu o. g. Fragen: .....		
20. Für weibl. Patienten; Sind Sie schwanger? .....Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		

---

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und Sie in Ruhe operieren zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Der vereinbarte Termin ist ausschließlich für Sie reserviert und kann nicht kurzfristig durch eine anderweitige Bestellung gefüllt werden. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten. Ihre Krankenkasse bezahlt nur durchgeführte Leistungen; ein ausgefallener Termin stellt damit zugleich einen Honorarausfall dar. **Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagte Operationstermine werden Ihnen daher privat in Höhe der ausgefallenen Honoraranforderung abzüglich ersparter Aufwendungen, mindestens jedoch mit einem Betrag von 50,00€ je angefangener halber Stunde in Rechnung gestellt**, sofern Sie nicht nachweisen, dass ein Schaden überhaupt nicht oder wesentlich niedriger entstanden ist. Eine Zahlungsverpflichtung Ihrer Krankenkasse besteht hierüber nicht.

Mir ist bekannt, dass bei gesetzlich versicherten grundsätzlich eine gültige Krankenversichertenkarte vorliegen muss. Dem Arzt bleibt daher freigestellt, ob er ggf. entsprechend der Dringlichkeit die Behandlung beginnt. Ggf. sind Karte und Überweisung innerhalb von 8 Tagen nachzureichen. Nach Ende des Quartals besteht nicht mehr die Pflicht zur Annahme, so dass eine private Liquidierung erfolgen kann.

**Ich möchte mit meinem Namen  oder anonymisiert  aufgerufen werden!**

Uelzen, .....

.....

Patient bzw. Vertreter