



Patienten-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen im Universitätsklinikum Tübingen. Zur Vermeidung eventueller Zwischenfälle
und Risiken bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand
gewissenhaft zu beantworten.

Bei Fragen oder Unklarheiten stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. **(Bitte vollständig ausfüllen!)**

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name & Adresse der Krankenkasse / Versicherung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Privat versichert |
| <input type="checkbox"/> Privat zusatzversichert | <input type="checkbox"/> Sondertarif mit Leistungseinschränkung (Basistarif) |
| <input type="checkbox"/> Kostenerstattungsverfahren* gewünscht
<small>*Privatbehandlung bei gesetzlicher Versicherung</small> | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt |
| <input type="checkbox"/> Es handelt sich um eine Unfallbehandlung
(Berufsgenossenschaft) | <input type="checkbox"/> Sonstige (Polizei, Bundeswehr, Sozialamt)..... |
| | <input type="checkbox"/> Keine Versicherung |

Haus- bzw. überweisender Zahnarzt - Name, Adresse, Telefon

Hausarzt und / oder betreuender Facharzt - Name, Adresse, Telefon (kann ggf. angerufen werden)

Sind Patient und Zahlungspflichtiger, bzw. gesetzl. Vertreter/ Betreuer nicht identisch, bitte die
folgenden Angaben ergänzen. Begleiten Sie den o.g. Patienten als gesetzlicher Betreuer, weisen
Sie sich bitte an der Patientenmeldung mit Ihrer Betreuerurkunde aus!

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger, bzw. Hauptversicherter, gesetzlicher
Betreuer/Vertreter)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger: Hat der Patient das 18. Lebens-
jahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der Behandlung bzw. Primärversorgung
nach Unfällen und akuter Schmerzen) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten
notwendig:

Ort, Datum

Erziehungsberechtigter, gesetzl. Vertreter



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:
 Bitte kreisen Sie zutreffende Antworten ein und ergänzen diese mit zusätzlichen Informationen!

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja / Nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja / Nein
- Herzschrittmacher Ja / Nein
- Herzerkrankung Ja / Nein
- Wenn ja, welche _____

Infektionserkrankungen:

- HIV Ja / Nein
- Hepatitis A B C E Ja / Nein
- Tuberkulose Ja / Nein

● andere: _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika Ja / Nein
- Schmerzmittel Ja / Nein
- Antibiotika Ja / Nein

● andere: _____

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen Ja / Nein
- Asthma Ja / Nein
- Lungenerkrankung Ja / Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja / Nein
- Rheuma Ja / Nein
- Epilepsie Ja / Nein
- Diabetes mellitus Ja / Nein
- Nierenfunktionsstörungen Ja / Nein
- Osteoporose Ja / Nein
- Ohnmachtsneigung Ja / Nein

● andere: _____

Allgemeine Angaben:

- Schwanger _____ Monat Ja / Nein
- Drogenkonsum Ja / Nein
- Alkoholkonsum Ja / Nein
- Wenn ja, selten oft regelmäßig
- Raucher Ja / Nein
- Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag
- Regelmäßige Medikamente Ja / Nein
- Einnahme Gerinnungshemmer Ja / Nein
- Einnahme Bisphosphonate Ja / Nein

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, seit wann / Name:

Frühere Röntgenuntersuchung im Kopf- und Halsbereich, wenn ja, Datum / Körperteile (Röntgenpass):

- Ich willige bis auf Widerruf ein, daß sich die Ärzte am ZZMK sowie im Klinikum mit meinen o.a. Haus-, Zahn- und Fachärzten im Sinne meiner Behandlung austauschen.
- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, die Mitarbeiter des ZZMK umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen meines Gesundheitszustandes bzw. meiner Medikamente zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens ein Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Für die Anfertigung von Kopien der Behandlungsunterlagen des Universitätsklinikums Tübingen berechnen wir eine Aufwandsentschädigung wie folgt:	
Kopie einer DIN A4 Seite	0,50 Euro
Kopie einer DIN A3 Seite	0,60 Euro
Kopie einer Röntgenaufnahme (bildgebende Verfahren)	6,00 Euro
Anfertigung einer CD-R/DVD-R	20,00 Euro
Alle Kosten verstehen sich ggf. zzgl. Verpackungs- und Versandkostenpauschale	5,00 Euro

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum _____

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter/gesetzl. Vertreter/gesetzl. Betreuer



Intern- Ausgewiesen durch: Versichertenkarte

Personalausweis/ Reisepass, Nr.....

Betreuerurkunde