

Patient Questionnaire

Patientenkontakt Daten	Patient contact details	
Familiennamen:	Last Name:	
Vorname:	First Name:	
Straße/Hausnummer:	Address:	
PLZ/Wohnort:	Address:	
Geburtsdatum:	Date of Birth:	
Versichertenstatus:	Insured status:	
Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!	The next seven details are optional!	
Telefonnummer (privat):	Phone number (home):	
Telefonnummer (mobil):	Phone-number (mobile):	
E-Mail:	Email:	
Beruf:	Occupation:	
Hausarzt/Name:	Primary Physician/name:	
Hausarzt/Telefonnummer:	Primary Physician/phone:	
Hausarzt/Anschrift:	Primary Physician/address:	

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Please answer the following questions about your state of health as accurately as possible. This information is subject to medical privacy and data protection laws and will be handled with strict confidentiality.

Herz-/Kreislaufkrankungen	Heart/cardiovascular diseases		
Hoher Blutdruck:	High blood pressure:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Niedriger Blutdruck:	Low blood pressure:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Herzklappenfehler:	Heart valve disease:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Herzklappenersatz:	Heart valve replacement:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Herzschrittmacher:	Pacemaker:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Endokarditis:	Endocarditis:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Herzoperation:	Heart surgery:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Immunsupprimierte Patienten	Immunosuppressed patients		
Hochgradige Neutropenie:	Severe neutropenia:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Mukoviszidose-Erkrankung:	Cystic fibrosis:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Organtransplantiert:	Organ transplant:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Stammzellentransplantiert:	Stem cell transplant:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Infektiöse Erkrankungen	Infectious diseases		
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	HIV/AIDS:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Lebererkrankung/Hepatitis:	Liver disease/Hepatitis:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Tuberkulose:	Tuberculosis:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
MRSA:	Other infectious diseases (MRSA):	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/ (vCJK):	Creutzfeldt-Jakob disease (CJD)/ (vCJD):	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no

Sonstige Krankheitsbilder		Other diseases	
Anfallsleiden (Epilepsie):	Epilepsy:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Asthma/Lungenerkrankung:	Asthma/lung diseases:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Blutgerinnungsstörungen:	Blood clotting disorders:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Diabetes/Zuckerkrankheit:	Diabetes:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Drogenabhängigkeit:	Drug dependency:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Nervenerkrankung:	Nerve disease:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Nierenerkrankungen:	Kidney diseases:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Ohnmachtsanfälle:	Fainting spells:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Osteoporose Erkrankung:	Osteoporosis:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Raucher:	Smoker:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Rheuma/Arthritis:	Rheumatism/arthritis:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Schilddrüsenerkrankung:	Thyroid disease:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Sonstige Erkrankungen:	Other diseases:		
Allergien bzw. Unverträglichkeiten		Allergies or intolerances	
Lokalanästhesie/Spritzen:	Local anesthesia/injections:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Antibiotika:	Antibiotics:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Schmerzmittel:	Pain medication:	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Metalle/welche:	Metals:		
Schwangerschaft		Pregnancy	
Besteht eine Schwangerschaft?	Are you pregnant?	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Wenn ja, in welchem Monat?	If yes, what month?	Monat: Month:	
Röntgen		X-Rays	
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	Have you had dental x-rays?	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Wenn ja, wann?	If yes, when?	Monat/Jahr: Month/Year:	
Einnahme von Medikamenten		Medication	
Welche Medikamente:	Which medication:	seit/since:	
Weitere Medikamente:	Other medication:	seit/since:	
Nehmen Sie Bisphosphonate?	Do you take bisphosphonates?	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
		seit/since:	
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	Are you receiving chemotherapy medication?	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
		seit/since:	
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	Are you receiving radiation therapy for cancer?	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
		seit/since:	
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	Are you taking high-dosage steroids / immunosuppressants?	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
		seit/since:	
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Have you had major surgery carried out in hospital?	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
		Datum/date:	

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

I hereby authorise the electronic storage, processing and use of my data for input in the Recall System.

ja/yes

nein/no

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

I agree to immediately report any and all changes arising during the entire treatment period.

I further agree to keep all scheduled treatment appointments or to cancel them at least 24 hours prior to the scheduled appointment. I understand that appointments not cancelled in time will be billed.

..... , den

Unterschrift:

..... , Date.....

Signature: