

DATENBLATT ORDINATION DR. DURNIG

Bitte füllen Sie das Datenblatt im eigenen Interesse korrekt und vollständig aus.
Entsprechend der Datenschutzverordnung werden wir streng vertraulich damit umgehen.
Vielen Dank!

VORNAME FAMILIENNAME STRASSE HAUSNUMMER PLZ ORT EMAIL PFLICHTVERSICHERUNG VSNR - BEI DER VERSICHERUNGZUSATZVERSICHERUNG VSNR BEI DER VERSICHERUNGTELEFONNUMMER 1 /TELEFONNUMMER 2 /

Ich erkläre mich bis auf Widerruf einverstanden mit:

elektronische Speicherung meiner Stamm-Daten (Name, Telefonnummer, email-Adresse) ja nein

mail von Aufklärungunterlagen für die geplante Behandlung an oben angeführte email-Adresse ja nein

mail von Befunden etc. an oben angeführte email Adresse (nur nach schriftlicher Aufforderung Ihrerseits) ja nein

Aufnahme der mail-Adresse in den **newsletter Verteiler** (Infos zu Neuigkeiten in der Ästhetische Medizin max. 4x/Jahr) ja nein

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Notizen: _____



Bitte füllen Sie auch folgende Informationen zu ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und vollständig aus (zutreffendes bitte **einkreisen**).
Dies soll zur Sicherheit und Qualität Ihrer Behandlung beitragen. Vielen Dank!

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung ? Weswegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie zur Zeit eine Erkältung oder Fieber?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie schwanger ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
regelmäßige Einnahme von Medikamenten ? Welche? Herz-/Kreislauf-, Blutzucker-, Blutgerinnungshemmende Medikamente (Aspirin, Thomapyrin, Marcoumar, Plavix, Arixtra, etc.), Pille?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie schon einmal operiert ? Gab es dabei Besonderheiten? Ästhetische Eingriffe oder Behandlungen bisher ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
bekannte Allergie ? z. B. gegen Medikamente, Pflaster, Latex, Jod	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Probleme bei Narkosen ? z. B. lokale Betäubung wie etwa beim Zahnarzt? Übelkeit nach OP?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nikotin ? wenn ja – wie viele Zigaretten pro Tag?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Alkohol ? wenn ja – wie viel Alkohol pro Tag?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutungsneigung ? (häufiges Nasenbluten, Zahnfleischbluten)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chronischen Herzerkrankung bekannt? Z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzklappen- Herzmuskelerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Atemnot beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chronischen Kreislauf- und Gefäßerkrankung bekannt? z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Kreislaufstörungen, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfadern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chronischen Lungenerkrankung bekannt? z. B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose, Lungenemphysem	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen Speiseröhre, Magen/Darm – Geschwür? Engstelle? Nabelbruch? andere Hernie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chronischen Nierenerkrankung bekannt? z. B. Nierenbeckenentzündung, Nierensteine ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chronischen Stoffwechselerkrankung bekannt? z. B. Zuckerkrankheit, Gicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronischen Schilddrüsenerkrankung bekannt? z. B. Kropf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronische Erkrankung des Nervensystems bekannt? z. B. Krampfleiden, Lähmungen, Schlaganfall, Depressionen, psychische Erkrankung ? Migräne? Spannungskopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chronischen Erkrankung des Skelettsystems oder Muskelerkrankungen bekannt? z. B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkserkrankungen, Muskelschwäche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chronischen Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung bekannt? (auch in der Verwandtschaft)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chronisch Augenerkrankung ?, z. B. grauer Star	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie schadhafte Zähne oder wackelt ein Zahn?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort:

Datum:

Unterschrift: