

Deutsche Klinik
für Diagnostik
Wiesbaden

DKD

Ihre Patienten-Nummer:

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum: _____

Ärztliche Fragen
vor der Untersuchung

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Für die sorgfältige Vorbereitung Ihrer Untersuchung möchten wir Sie um möglichst genaue Beantwortung der ärztlichen Fragen bitten.

Ihre Angaben und Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

1 Hauptbeschwerden (Krankheit, Symptome), zu deren Abklärung Sie kommen:

Weitere Beschwerden: Wenn Abklärung gewünscht,
bitte ankreuzen

2 Größe: cm Gewicht: kg

	ja	nein
3 Sie kommen zur Gesundheitsvorsorge (Medizinischer Check-up) gemäß beigefügtem Programm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wünsche zusätzlich die Abklärung folgender Beschwerden, die nicht durch das beigefügte Check-up-Programm gedeckt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1 Kostenträger

Selbstzahler gem. § 7 unserer Allgemeinen Vertragsbedingungen
(siehe Rückseite Anmeldung)

3.2 Sie kommen als Firmen-Check-Patient

Ich wünsche die zusätzliche Abklärung folgender Beschwerden, die **nicht** durch das vertraglich vereinbarte Firmen-Check-Programm gedeckt sind:

Die Kosten für die Zusatzuntersuchung werden

von mir privat bezahlt	<input type="checkbox"/>
von der Firma bezahlt (Kostenübernahmeerklärung)	<input type="checkbox"/>

4 Medizinische Vorgeschichte

4.1 Operationen:

Jahr:	Art der Operation	Krankenhaus
-------	-------------------	-------------

4.2 Andere relevante Krankheiten:

Jahr	Art der Krankheit	Krankenhaus

4.3 Arbeitsunfähig (AU) in den letzten 2 Jahren

Wie oft

Anzahl Tage

5 Geburten

Jahr	Normalgeburt	Kaiserschnitt	Fehlgeburt

6 Genußmittel

Nikotin (Art, Anzahl pro Tag) _____

Alkohol (Art, Anzahl pro Tag) _____

Kaffee (Tassen pro Tag) _____

Tee (Tassen pro Tag) _____

7 Familienkrankengeschichte (Blutsverwandte)

Diabetes wer: _____

Vorzeitiger Herzinfarkt **W <55 J.** **M < 65 J.**

Vorzeitiger Schlaganfall **W <55 J.** **M < 65 J.**

Hoher Blutdruck _____

Fettstoffwechselstörung _____

Krebserkrankung _____

Sonstige _____

8 **Medikamente**, die Sie z. Zt. regelmäßig nehmen:

Name	Menge	tägl.	Name	Menge	tägl.

auch: Cortison, Marcumar, Antibaby-Pille, Schmerzmittel etc.

9 **Sind Sie allergisch?** Gegen...

Penicillin _____

Röntgenkontrastmittel _____

andere Medikamente _____

welche: _____

10 **Weitere Informationen**, die Sie für wichtig halten:

Bitte senden oder bringen Sie uns in Absprache mit Ihrem Hausarzt Befunde und Röntgenbilder vorangegangener Untersuchungen unter Angabe Ihrer DKD-Patienten-Nummer.

Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH

Postfach 21 49
D-65011 Wiesbaden

Aukammallee 33
D-65191 Wiesbaden

Patientenanmeldung: Tel. 0611 / 577 481- 484
Telex 4 186 885 Telefax 0611 / 577 397
Internet: www.dkd-wiesbaden.de
E-Mail: pa@dkd-wiesbaden.de