



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

(Bitte den Fragebogen gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Nachname: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geb. Datum: _____ Versicherungsnummer: _____

Ihr bisheriger Hausarzt: _____

Sozialversicherungsträger: Krankenkasse/Österreichische Gesundheitskasse

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ÖGK in Niederösterreich | <input type="checkbox"/> SVS (Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen) |
| <input type="checkbox"/> ÖGK in Wien | <input type="checkbox"/> BVAEB-OEB (Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter) |
| <input type="checkbox"/> ÖGK in Burgenland | <input type="checkbox"/> BVAEB (Eisenbahnen und Bergbau) |
| <input type="checkbox"/> KFA W | |

Hauptversicherter, falls mitversichert: _____

- Berufstätig Pensionist

Um Sie besser betreuen, beraten und informieren zu können, füllen Sie bitte den Fragebogen auf der 2. Seite aus.



Leiden Sie unter Unverträglichkeiten/Allergien?
(Medikamente, Nahrungsmittel, ...)

Ja

Nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Ja

Nein

Wenn ja, welche: _____

Ihre wichtigsten Erkrankungen:

Ihre Operationen (und Zeitangabe, sofern möglich):

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Ich erkläre mich mit der Speicherung meiner Daten zu Verrechnungszwecken und zum Austausch mit allen Gesundheitsdienstleistern (Fachärzten, Labors, Therapeuten, ...) einverstanden.

Datum: ____ . ____ . _____

Unterschrift: _____