

## ANMELDEBOGEN

### *Allergien*

### Allgemeiner Teil

Herzlich willkommen bei HAUTE ESTHETIQUE® - Ihre Privatpraxis für Dermatologie & Ästhetik

Unser Praxisteam möchte Ihnen den Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer elektronischen Patientenakte und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung sowie eines besseren Zeitmanagements benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

Für eine Terminvereinbarung kontaktieren Sie uns bitte telefonisch unter **0351 4241840** bzw. nutzen Sie alternativ unsere Online-Terminbuchung. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Webseite [www.haute-esthetique.de](http://www.haute-esthetique.de) im Menüpunkt **Termin & Service**.

#### Persönliche Daten

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Beruf (seit) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Hausarzt/ Behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

Sind Sie Patientin/ Patient einer privaten (PKV)  oder einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV)  - Selbstzahler?

Name der Kasse: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie den Anmeldebogen, die Einverständniserklärung zur Kostenübernahme und den Fragebogen zur Vorbereitung des Arztbesuchs ausgefüllt per Post/ Mail an HAUTE ESTHETIQUE, Hermisdorfer Str. 16, 01159 Dresden oder [praxis@haute-esthetique.de](mailto:praxis@haute-esthetique.de) zurück.

Bitte beachten Sie, zum Ersttermin Ihre gesamten medizinischen Pässe (Allergie-, Tumor-, Herzpass etc.), den Medikamentenplan Ihres behandelnden Arztes bzw. die Beipackzettel mitzubringen sowie Ihren Personalausweis/ Krankenkartenschein mitzubringen.

Vielen Dank. Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

Ihre Dr. Gabriela Vashina-Georgi und das Praxisteam von HAUTE ESTHETIQUE®

Datum \_\_\_\_\_

Patientenunterschrift \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.

## ANMELDEBOGEN

### *Allergien*

### Patienteninformation zur Kostenübernahme & Terminvergabe

Name des Patienten in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Ich wünsche eine privatärztliche dermatologische Beratung und Behandlung durch Frau Dr. Vashina-Georgi.

Die Erstellung der Liquidation (Rechnung) erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung vom 01.05.2001 und den Empfehlungen der Bundesärztekammer. Davon abweichende Erlasse der Bundesländer zur Beihilfefähigkeit können nicht berücksichtigt werden, da der Wortlaut der GOÄ rechtsverbindlich ist. Falls notwendig werden sogenannte Analogziffern zur Anwendung gebracht. Analogziffern betreffen Leistungen, die in der aktuellen GOÄ nicht oder nur unzureichend erfasst sind.

Gemäß §5, Absatz 2, GOÄ (Umstände bei der Ausführung) kann unter berechtigten Voraussetzungen bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche und 2,5-fachen Satz für technische Leistungen (außer KVB-Vertrag Beitragsklasse I-III) abgerechnet werden.

Hiermit verpflichte ich mich zur Begleichung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen, ohne Rücksicht darauf, ob mir Ansprüche gegen eine private Krankenversicherung oder sonstige Erstattungsstellen zustehen. Die Klärung solcher privater Versicherungsverhältnisse übernehme ich selbst.

Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass für meine Behandlung evtl. notwendige Labor- und Gewebeuntersuchungen auf meine Kosten vorgenommen werden und Terminerinnerungen/ Recalls per E-Mail an mich versandt werden.

In der Regel werden die Leistungsforderungen von den privaten Versicherungen bzw. Beihilfestellen übernommen. Da dies jedoch nicht im Ermessen des Arztes liegt, der zudem keinen Einblick in einzelne Versicherungsverträge hat, darf seitens des Patienten/der Patientin keine Kürzung vorgenommen werden, sollte der Erstattungsbetrag nicht dem Rechnungsbetrag entsprechen.

Es wird hiermit ausdrücklich ein Behandlungsvertrag zwischen Patient/Patientin und Hautarzt geschlossen.

Wir möchten an dieser Stelle ausdrücklich darauf hinweisen, dass Patientinnen/ Patienten der gesetzlichen Krankenkassen die Leistungen unserer Praxis nur als Selbstzahler\*innen in Anspruch nehmen können.

Ihre Zufriedenheit ist unser Anliegen. Für ein bestmögliches Terminmanagementsystem haben wir daher für Sie effiziente Strukturen etabliert. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über die Rechnungslegung durch HAUTE ESTHETIQUE® aufgeklärt wurden. Gleichzeitig erkennen Sie unsere Regularien hinsichtlich Terminvergaben bzw. Terminabsagen an.

Unsere Praxis arbeitet ausschließlich mit einem festen Bestellsystem. Das bedeutet, dass wir einen Termin exklusiv für Sie reservieren. Daher sind wir bei kurzfristigen Absagen meist nicht in der Lage, den Termin anderweitig zu vergeben.

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, möchten wir Sie bitten, uns entweder per Telefon (0351 4241840) oder E-Mail ([praxis@haute-esthetique.de](mailto:praxis@haute-esthetique.de)) spätestens **3 Tage** vorher zu informieren. In dem Falle, dass der vereinbarte Termin für einen Dienstag geplant war, sagen Sie uns bitte bis zu dem vorhergehenden Freitag bis 12:00 Uhr ab.

Falls Sie zu Ihrem Termin ohne Absage nicht erscheinen, behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Höhe von **50,00 Euro** zu verlangen. Bitte beachten Sie auch die Hinweise bezüglich Ihrer individuellen Vorbereitung auf einen Behandlungstermin. Alle hierfür notwendigen Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter **Termin & Service/ Untersuchungsvorbereitung**.

Ich hatte ausreichend Zeit, diese Information zu lesen und/oder Fragen zu stellen. Der Inhalt ist für mich verständlich. Ich habe ein Exemplar dieser Information erhalten.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Patientenunterschrift \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.

## ANMELDEBOGEN

### *Allergien*

### Fragenbogen zur Vorbereitung der Erstuntersuchung

Name des Patienten in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig aus. Falls notwendig, nutzen Sie bitte die Rückseite des Blattes für eine ausführlichere Beschreibung. Vielen Dank.

#### **Allgemeine Fragen zum Gesundheitszustand**

1. Sind bei Ihnen schwerwiegende Erkrankungen bekannt oder leiden Sie an einer Infektionskrankheit (Hepatitis, Tuberkulose, HIV, MRSA etc.)?  Ja  Nein  
Wenn ja, bitte angeben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Haben Sie andere Erkrankungen?  Ja  Nein  
Wenn ja, bitte Diagnosen angeben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Nehmen Sie zurzeit Medikamente wegen Ihrer Grunderkrankung (auch Akutmedikamente wie Schmerzmittel, Antibiotika etc.) oder homöopathische Präparate ein?  
 Nein  Ja, bitte angeben \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Müssen Sie wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung Betablocker in Tablettenform einnehmen oder Augentropfen verwenden?  
 Nein  Ja, bitte angeben \_\_\_\_\_

5. Nehmen Sie aktuell blutverdünnende Medikamente ein?  
 Nein  Ja, bitte angeben \_\_\_\_\_

6. Besteht eine Arzneimittelunverträglichkeit, Kontrastmittelallergie, Narkoseallergie?  
 Nein  Ja, bitte angeben \_\_\_\_\_

*(Bitte Allergiepass mitbringen.)*

7. Wurde bei Ihnen bereits ein Allergietest durchgeführt?  
 Nein  Wenn ja, bitte ankreuzen und angeben mit welchen Ergebnissen?  
 Epikutantest  Prick Test  RAST Test  IgE- Antikörperbestimmung

*(Bitte Allergiepass mitbringen.)*

8. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Hyposensibilisierung durchgeführt?  
 Nein  Ja, bitte angeben wann, wie lange, mit welchem Erfolg?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Haben Sie eine Latex- oder Pflasterallergie?  
 Nein  Ja, bitte angeben \_\_\_\_\_

10. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit weißer Hautkrebs (Plattenepithel- bzw. Basalzellkarzinom), schwarzer Hautkrebs (malignes Melanom) oder andere Hautkrebsformen diagnostiziert und behandelt?  Nein

Wenn ja, bitte Hautkrebsform, Therapie, wann, bei Operation Details angeben

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Bitte die alten Entlassungsbriefe, den Tumorpas sowie die alte Dokumentation zum Ersttermin in die Praxis mitbringen.)*

11. Wurden Ihnen in der Vergangenheit aufgrund von Hauterkrankungen bzw. anderen Krankheiten Kuren, Heilverfahren oder sonstige Reha-Maßnahmen verordnet?

Nein  Ja, bitte angeben (Wie oft, wie lang, wo, wann?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### Fragen zu Ihrer Allergie

1. Bestehen in Ihrer Familie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?  Nein  
 Wenn ja, bitte den Buchstaben der Krankheit hinter dem Verwandtschaftsgrad angeben  
Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_  
Großmutter/ Großvater mütterlicherseits \_\_\_\_\_  
Großmutter/ Großvater väterlicherseits \_\_\_\_\_  
Geschwister (*bitte angeben*) \_\_\_\_\_  
andere Verwandte (*bitte angeben*) \_\_\_\_\_
- a) atopische Dermatitis      b) allergische Rhinitis      c) allerg. Konjunktivitis  
d) Asthma bronchiale      e) Ekzeme (z.B. Handekzem etc.)  
f) Urtikaria (Nesselsucht)      g) Nahrungsmittelallergie      h) Pollenallergie  
i) Hausstaubmilbenallergie      j) Medikamentenallergie (Welche?)      k) Tierhaarallergie  
l) Angioödem (Schwellungen der Lippe, Augen, Zunge, andere Körperteile)
2. Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?  
 Nein       Ja, bitte angeben seit wann \_\_\_\_\_
- atopische Dermatitis       allergische Rhinitis (laufende o. verstopfte Nase/ Niesen)  
 allergische Konjunktivitis (trärende Augen/ juckende Augen)  
 Asthma bronchiale       Ekzeme (z.B. Augenlidekzem, Handekzem etc.)  
 Urtikaria (Nesselsucht)       Reizhusten       Nahrungsmittelallergie  
 Pollenallergie       Hausstaubmilbenallergie       Tierhaarallergie  
 Angioödem- vorübergehende Schwellungen (der Lippe, Augen, Zunge, andere Körperteile)  
 Gaumen,- Nasen, - Ohrenjuckreiz  
 Magen-, Darmbeschwerden
3. Von wem wurden diese diagnostiziert, welche Behandlung wurde durchgeführt und mit welchem Erfolg?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Welche Allergene sind bei Ihnen konkret bekannt?  
 Nein       Ja, bitte angeben und welche, seit wann  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Sind Sie bei Ihnen in der Vergangenheit Komplikationen wie z.B. anaphylaktischer Schock aufgetreten? War eine stationäre Behandlung notwendig?

Nein     Wenn ja, bitte angeben wann \_\_\_\_\_

6. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Hyposensibilisierung durchgeführt.

Nein             Ja, bitte angeben wann, wie lange, mit welchem Erfolg?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Musste die Hyposensibilisierung unterbrochen werden?

Nein             Wenn ja, bitte Gründe und aufgetretene Nebenwirkungen angeben

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Wurde bei Ihnen aufgrund Ihrer allergologischen Beschwerden eine Blutuntersuchung durch einen Arzt oder Heilpraktiker durchgeführt?

Nein             Wenn ja, bitte Ergebnisse angeben

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Bitte schicken Sie uns die Untersuchungsergebnisse oder bringen Sie diese zu Ihrem Ersttermin in unsere Praxis mit.)*

9. Seit wann haben Sie **aktuell** Beschwerden und wie äußern sich diese Beschwerden. Beschreiben Sie Ihren Zustand möglichst detailliert.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Welche Behandlung wurde durchgeführt, durch wen und mit welchem Erfolg?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



11. Geben Sie bitte die **aktuellen** Medikamente zur Linderung Ihrer allergischen Beschwerden an.

- Tabletten \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsdauer: \_\_\_\_\_
- Salben \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsdauer: \_\_\_\_\_
- Nasenspray \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsdauer: \_\_\_\_\_
- Augentropfen \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsdauer: \_\_\_\_\_
- Spritzen \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsdauer: \_\_\_\_\_
- Atemspray \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsdauer: \_\_\_\_\_
- Inhalationsgerät \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsdauer: \_\_\_\_\_
- Kortikosteroide \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsdauer: \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsdauer: \_\_\_\_\_

12. Besteht bei Ihnen eine Unverträglichkeit bei folgenden Nahrungsmitteln?

- Milch       Eier       Fisch/Meeresfruchte/Muscheln       Wurst
- Honig       Ketchup       Käse/ Joghurt/ Quark       Tomaten
- Orangen       Pfirsiche       Ananas/Zitronen/Kiwi       Erdbeeren
- Äpfel       Bananen       Hülsenfrüchte (z.B. Erdnüsse)       Linsen/Bonnen
- Erbsen       Nüsse       Soja       Zwiebeln
- Knoblauch       Kartoffeln       Weizenmehl/Weizenmehl       Karotten
- Paprika       Kohlrarten       Kräuter/Gewürze       Fruchtsäfte
- Wein/Sekt       Tonic       Schokolade/ farbige Süßigkeiten       Marzipan/Nougat
- Kakao       Mayonnaise       Fleisch/ Welches \_\_\_\_\_?       Konservenkost
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

13. Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

- keine       Bauchschmerzen       Durchfall       Erbrechen       Schnupfen
- Asthma       Hautauschlag       Hand,-Gesichts,-Augenlidexzem
- Kopfschmerzen       Unwohlsein       örtliche Schwellungen (Zunge, Lippen etc.)
- Enge im Hals       Juckreiz (Wo?)

14. In dem Fall, dass bei Ihnen Beschwerden durch Nahrungsmittel ausgelöst werden, beschreiben Sie bitte, was genau gegessen wurde, wie schnell danach die Reaktion auftrat, wie sie genau aussah und welche Symptome sie noch hatten.

Falls es Hautausschlag gab, beschreiben Sie bitte genau, wann sich die Reaktion ereignete, wie Ihr Zustand behandelt wurde und durch wen.

---

---

---

---

---

---

---

---





15. Falls Sie **andere allergische** Beschwerden haben, wo treten diese meistens auf?  
 zu Hause     auf Arbeit     im Freien     im Garten     beim Rasenmähen  
 bei Hobbys (Imkerei, Tierzucht, Heimwerken, Reiten, andere: \_\_\_\_\_)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_
16. Verursachen/ verstärken folgende Faktoren Ihre Beschwerden?  
 Nein             Wenn ja, bitte ankreuzen  
 Hausstaub             Mehlstaub     Heu/Strohstaub     Waschmittelstaub  
 Braten/Fett/Kochdunst             Bau-, Zementstaub     Pollen \_\_\_\_\_  
 Desinfektionsmittel/ Desinfektionsmittelaerosole             Nebel/ Feuchtigkeit  
 Temperaturwechsel     Lachen     Metalle \_\_\_\_\_     Chemische Stoffe \_\_\_\_\_  
 Haar/Körper/Farbspray             Sonstiges \_\_\_\_\_
17. Wie oft treten Ihre Beschwerden auf?  
 mehrmals täglich  
 meistens früh             nachts             tagsüber             eher abends  
 aller paar Tage             saisonal (Wann, welche Monate? \_\_\_\_\_)  
 ganzjährlich
18. Welche Umstände/ Orte begünstigen Ihre allergischen Beschwerden?  
 Wetter             Feuchtigkeit             Trockenheit             Wind  
 Kälte             Nebel             Wetterumschwung  
 im Keller             auf Arbeit             Schule             Kita  
 Wald             Wiese/Feld             Zoo             Tierstall  
 zu Besuch bei Verwandten             im Schwimmbad             im Urlaub  
Nach Kontakt mit:     Kosmetika             Medikamenten             Tieren  
 Sonstiges \_\_\_\_\_
19. Haben sie sich Ihre Beschwerden verändert?  
im Urlaub:             schlechter             besser             keine Änderung  
nach Wohnungswechsel:             schlechter             besser             keine Änderung
20. Haben Sie Haustiere?  
 Nein             Ja, bitte Art angeben \_\_\_\_\_
21. Weisen Sie allergische Beschwerden auf, seitdem Sie Haustiere besitzen?  
 Nein             Ja



22. Haben Sie Kontakt mit Tieren, wenn Sie Verwandte besuchen oder auf Arbeit?  
 Nein  Ja \_\_\_\_\_
23. Treten nach Insektenstichen (z.B. Bienen, Wespen, Mücken etc.) oder –bissen (z.B. Floh) vermehrt Schwellungen, Rötungen, Juckreiz, Atemnot oder ähnliches auf?  
 Nein  Ja, bitte Insekt und Reaktion angeben \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
24. Wo wohnen Sie?  
 in der Großstadt  im Vorort oder in einer Kleinstadt  auf dem Lande  
 im Industriegebiet  in einem Bauernhaus  im Neubau  
 im Altbau  in einem neuen EFH  in einem alten EFH
25. Sind Ihre allergischen Beschwerden in Ihrer Wohnung stärker?  
 Nein  Ja, bitte den genauen Raum angeben \_\_\_\_\_
26. Welchen Energieträger bzw. welche Heizungsform nutzen Sie?  
 Gas  Fußbodenheizung  Heizkörperheizung  Elektroheizung
27. Wie ist das Raumklima in Ihrer Wohnung?  
 feucht  sonnig und trocken
28. Beobachten Sie in Ihrer Wohnung Stockflecken, Schimmel hinter Bildern bzw. an Wänden oder in nicht beheizten Räumen?  
 Nein  Ja, bitte angeben \_\_\_\_\_
29. Besitzen Sie in Ihrer Wohnung viele Zimmerpflanzen?  Nein  Ja
30. Welcher Bodenbelag liegt in Ihrer Wohnung?  
 Teppich  Auslegeware  Linoleum  Laminat  Parkett
31. Welcher Bodenbelag liegt speziell in Ihrem Schlafzimmer?  
 Teppich  Auslegeware  Linoleum  Laminat  Parkett
32. Gibt es in Ihrem Schlafzimmer Zimmerpflanzen bzw. Bücherregale?  
 Nein  Ja, bitte angeben \_\_\_\_\_
33. Aus welchem Material besteht Ihre Bettmatratze?  
 Rosshaar  Kapok  Seegras  Schaumstoff  Latex  Federkern



34. Aus welchem Material besteht Ihre Bettdecke/ Kopfkissen?  
Bettdecke:  Daunen  Kunstfaser  Seide  Baumwolle  Wolle  
Kopfkissen:  Daunen  Kunstfaser  Seide  Baumwolle  Wolle
35. Nutzen Sie Ihr Schlafzimmer tagsüber?  Nein  Ja
36. Wird in Ihrer Wohnung geraucht?  Nein  Ja
37. Sind sie in Ihrer Berufsausübung Reizstoffen aufgesetzt, auf die sie allergisch reagieren?  
 Nein  Ja, Welche? \_\_\_\_\_
38. Besteht die Möglichkeit diese Allergene zu meiden?  Nein  Ja
39. Waren Sie in der Vergangenheit oder sind Sie aktuell aufgrund von Allergien arbeitsunfähig.  
 Nein  Ja, bitte genaue Diagnose angeben \_\_\_\_\_
40. Benötigen Sie Hilfsmittel wie Handschuhe oder eine Atemschutzmaske?  Nein  Ja
41. Benötigen Sie spezielle Hautpflege auf Arbeit?  
 Nein  Wenn ja, bitte angeben welche \_\_\_\_\_
42. Zusätzliche Anmerkungen/ weitere Information/ Sonstiges  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Fragen an unsere Patientinnen**

43. Sind Sie schwanger?  Nein  Wenn ja, bitte SSW angeben \_\_\_\_\_

---

Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihre Mitarbeit. Sollten Sie bei der Beantwortung einiger Fragen Schwierigkeiten gehabt haben, so besprechen wir diese Punkte gern mit Ihnen in unserer Sprechstunde.

**HAUTE ESTHETIQUE®** Bitte liken Sie uns auf Facebook!



Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Patientenunterschrift \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Werbung

Google

Facebook

Empfehlung

Sonstiges