

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

E-Mail Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert
 Privat versichert - **nicht** im Basistarif
 Privat versichert - im Basistarif
 Beihilfeberechtigt

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Pat. und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folg. Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
--------------------	-----------------	---------------------------

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| Hoher Blutdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzklappenerkrankung/-defekt/-ersatz | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzoperation | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Infektionserkrankungen:

- HIV Ja Nein
 - Hepatitis Ja Nein
 - Tuberkulose Ja Nein
 - andere: _____
-

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika Ja Nein
 - Schmerzmittel Ja Nein
 - Antibiotika Ja Nein
 - andere: _____
-

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
 - Asthma Ja Nein
 - Lungenerkrankung Ja Nein
 - Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
 - Rheuma Ja Nein
 - Epilepsie Ja Nein
 - Diabetes Ja Nein
 - Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
 - Ohnmachtsneigung Ja Nein
 - andere: _____
-

Allgemeine Angaben:

- Drogenkonsum Ja Nein
 - Alkoholgenuss Ja Nein Wenn ja, selten oft regelmäÙ.
 - Raucher Ja Nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag
 - Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann / Name:
(bitte am Formularende aufführen!)
 - Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein Wenn ja, Datum / Körperteile:
 - Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat:
-

Wie wurden Sie auf unsere
Praxis aufmerksam?

Wünschen Sie die regelmäßige (in der Regel 2x jährliche) Erinnerung an die kostenlose Vorsorgeuntersuchung? Ja Nein

Interessieren Sie sich für: zahnfarbene Füllungsmaterialien Ja Nein

professionelle Zahnreinigung Ja Nein

Implantate Ja Nein

Sehen Sie für sich besonderen Behandlungsbedarf im Bereich:

Zahnersatz festsitzend Ja Nein

Zahnersatz herausnehmbar Ja Nein

Füllungsbehandlung Ja Nein

Vorsorgeuntersuchung Ja Nein

Zahnfleischbehandlung Ja Nein

Halitosis (Mundgeruch) Ja Nein

Zahnkosmetik Ja Nein

Sind Sie mit einer fotografischen Dokumentation, selbstverständlich nach vorheriger Absprache, einverstanden? Ja Nein

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschriften Patient und
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter