

Patienten-Fragebogen

Bitte vor der Behandlung vollständig ausgefüllt bei der Anmeldung abgeben

Patient: _____
Name Vorname geb. Geburtsort Geschlecht: m w

Mitglied: _____
Name Vorname geb. Geburtsort Geschlecht: m w

Anschrift: _____
Straße Nr. Telefon-Nr. (privat / mobil)

_____ PLZ Ort Telefon-Nr. (geschäftlich) E-Mail

Name der Krankenkasse / Versicherung: _____

Gesetzlich versichert Privat versichert Zahnzusatzversicherung wo: _____
 Beihilferechtigt Privat versichert
im Standard o. Basistarif bis 2,0 fach

Beruf: _____

Aktueller Arbeitgeber: _____
Name Anschrift Telefon-Nr.

Überweisender Arzt – Name, Adresse, Telefon

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden 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 geben Sie uns für Ihre optimale, medizinische Behandlung folgende Angaben an:

Gesundheitszustand Bitte ankreuzen ergänzende Angaben

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

vorhanden:

Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt (andere Erk.)

Ja Nein

Herzinfarkt/Herzrhythmusstör./Angina Pectoris

Ja Nein

Herzoperation

Ja Nein

Herzschrillmacher

Ja Nein

Infektionserkrankungen:

HIV

vorhanden:

Ja Nein

Hepatitis

Ja Nein

Tuberkulose

Ja Nein

Sind Sie mit multiresistente Infektionen/Erreger erkrankt und/oder erkrankt gewesen (MRSA-Infekt.)

Ja Nein

Andere: _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika

vorhanden:

 Ja Nein

Schmerzmittel

 Ja Nein

Antibiotika

 Ja Nein

Andere: _____

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen

vorhanden:

 Ja Nein

Asthma/Atemwegserkrankung wenn ja welche?

 Ja Nein

Lungenerkrankung

 Ja Nein

Tumorerkrankung

 Ja Nein

Hämatologische Erkrankung

 Ja Nein

Mangeldurchblutung

 Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung

 Ja Nein

Rheuma

 Ja Nein

Epilepsie

 Ja Nein

Diabetes, wenn ja welcher Typ?

 Ja Nein

Nierenfunktionsstörung/Erkrankung

 Ja Nein

Leberfunktionsstörung/Erkrankung

 Ja Nein

Glaukom (erhöhter Augendruck)

 Ja Nein

Ohnmachtsneigung

 Ja Nein

Osteoporose

 Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankungen

 Ja Nein

Andere: _____

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum

vorhanden:

 Ja Nein

Alkoholgenuss

 Ja Nein Wenn ja, selten oft regelmäßig

Raucher

 Ja Nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag

Regelmäßige Medikamente

 Ja Nein Wenn ja, seit / Name:

Frühere Röntgenuntersuchung

 Ja Nein Wann wurden Sie geröntgt, Monat/Jahr:

Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft

 Ja Nein Wenn ja, in welcher Woche:Wie wurden Sie auf unsere Praxis
Aufmerksam? _____Hiermit nehme ich den kostenfreien Erinnerungsservice in Anspruch: 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.

- **Schweigepflichtentbindung**

Gegebenenfalls: Einsichtnahme von anderen Zahnärzten der Praxisgemeinschaft in die Patientenunterlagen
vgl. umseitige Erklärung

Ich bin mit diesem Vorgehen ausdrücklich einverstanden.

- 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! (€ 50,00/Std.) §§304, 615 BGB
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum: _____

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter