

Patienten - Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname,Vorname (Patient) Geburtsdatum, Geburtsort , Geschlecht ()m ()w

Nachname,Vorname (Mitglied) Geburtsdatum, Geschlecht ()m ()w

Straße,Hausnummer Postleitzahl,Ort

Telefon (privat,mobil) Telefon (geschäftlich)

Emailadresse Arbeitgeber

Name der Versicherung / Krankenkasse

Privatversichert:

() Ich bin im PKV- Standardtarif versichert () Ich bin beihilfeberechtigt

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenen 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:

Sind Sie Pflegebedürftig und haben einen Pflegegrad? () Ja () Nein

Herz- Kreislauf -Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Herzerkrankung

Herzoperation

Herzschrittmacher

Bitte ankreuzen

() Ja () Nein

() Ja () Nein

() Ja () Nein

() Ja () Nein

() Ja () Nein

Zusätzliche Intormationen

Infektionserkrankungen:

HIV

Hepatitis

Tuberkulose

andere:

Bitte ankreuzen

() Ja () Nein

() Ja () Nein

() Ja () Nein

() Ja () Nein

Zusätzliche Intormationen

Allergien/ Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika

Schmerzmittel

Antibiotika

Besitzen Sie einen Allergiepass

andere:

Bitte ankreuzen

() Ja () Nein

() Ja () Nein

() Ja () Nein

() Ja () Nein

() Ja () Nein

Zusätzliche Intormationen

Weitere Erkrankungen:

- Bluterinnungsstörungen
- Asthma
- COPD
- Lungenerkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Rheuma
- Epilepsie
- Diabetes
- Nierenfunktionsstörungen
- Ohnmachtsneigung
- Augenerkrankungen z. B. Glaukom
- andere:

Bitte ankreuzen

- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein

Zusätzliche Informationen

.....

 Wenn ja, welche?

Allgemeine Angaben:

- Organtransplantation/ Immunsuppressiva?
- Drogenkonsum
- Alkoholgenuss
- Raucher
- Regelmäßige Medikamente

- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein

Wenn ja, () selten () oft () regelmäßig
 Wenn ja, () 0-10 () über 10 Zig./ Tag
 Wenn ja, seit wann / Name:

Einnahme Osteoporose Medikamente (Biphosphonate)

.....

Täglich verwendete Mundhygieneartikel:

- Letzte Professionelle Zahnreinigung:
- Kieferorthopädische Behandlung?
- Kiefergelenks-, Rücken-, oder Nackenprobleme?
- Frühere Röntgenuntersuchung

- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein

.....

 Wann:
 Wenn ja, Datum / Körperteile:

Schwangerschaft

- Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat:

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Internet

Bekannte, Verwandte, Freunde e.t.c.

sonstige: _____

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.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift

Ich danke Ihnen für Ihre Angaben