

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

Zahnzusatzversicherung

Privat versichert - **nicht** im Basistarif

Privat versichert - im Basistarif

Beihilfeberechtigt

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

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt

Ja Nein

Herzerkrankung

Ja Nein

Herzoperation

Ja Nein

Herzschrittmacher

Ja 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 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Alkoholgenuss | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig |
| Raucher | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> über 10 Zig./Tag |
| Regelmäßige Medikamente | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, seit wann / Name: |
| Frühere Röntgenuntersuchung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, Datum / Körperteile: |
| Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welcher Monat: |

Wie wurden Sie auf unsere
Praxis aufmerksam?

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