

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Ausgeübte Tätigkeit

Name der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung

Behandelnder Hausarzt - Adresse, Telefon

Behandelnder Zahnarzt - Adresse, Telefon

Ist Patient nicht volljährig bzw. nicht geschäftsfähig, bitte die folgenden Angaben zum Erziehungsberechtigten bzw. gesetzlichen Vormund/ Betreuer für Gesundheitspflege (Nachweis erforderlich) ergänzen:

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Telefon (privat/mobil)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, sind für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) sowie die Anfertigung benötigter Röntgenaufnahmen die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig, welche bitte schriftlich beizubringen sind.

Datum

Erziehungsberechtigter/ gesetzlicher Vertreter/ Vormund

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, **wenn ja wann**

Ja Nein

Herzschrittmacher

Ja Nein

Infektionserkrankungen:

HIV

Ja Nein

Hepatitis/ **wenn ja welche und wann**

Ja Nein

Tuberkulose

Ja Nein

Andere Infektionserkrankungen:

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Auf Lokalanästhetikum, **wenn ja welches** Ja Nein
Auf Schmerzmittel, **wenn ja welches** Ja Nein
Auf Antibiotikum, **wenn ja welches** Ja Nein

BITTE NÄCHSTE SEITE AUSFÜLLEN

Andere Allergien/ Unverträglichkeiten:

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 Erkrankungen:

Allgemeine Angaben:

- Hörgerät Ja Nein
Angstpatient Ja Nein
Drogenkonsum/ **wenn ja welche** Ja Nein
Alkoholgenuß Ja Nein
Raucher Ja Nein
Regelmäßige Medikamente/ **wenn ja welche** Ja Nein

Wenn ja: gelegentlich täglich

Wenn ja: 1-10 Zig./Tag über 10 Zig./Tag

Würgereiz während zahnärztlicher Behandlung Ja Nein

Frühere Röntgenuntersuchung (nicht älter als 12 Monate) Ja Nein

Wenn ja, Datum / Körperteile:

Schwangerschaft/ **wenn ja welche Woche** Ja Nein

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Labor, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Wichtige Informationen:

- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- **Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Mir ist bewusst, dass mir andernfalls daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden können. (Lt. §615 BGB können die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden)**
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen habe und einverstanden bin.

Datum

Unterschrift Patient /Erziehungsberechtigter/ gesetzlicher Vormund