

# 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 Gesundheitsvorsorge (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
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen:</b>		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzoperation, <b>wenn ja wann</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Infektionserkrankungen:</b>		
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis / <b>wenn ja welche und wann</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere Infektionserkrankungen:		

<b>Allergien / Unverträglichkeiten:</b>		
Auf Lokalanästhetikum, <b>wenn ja welches</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Auf Schmerzmittel, <b>wenn ja welches</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Auf Antibiotikum, <b>wenn ja welches</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Andere Allergien / Unverträglichkeiten:</b>		
<b>Weitere Erkrankungen:</b>		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Andere Erkrankungen:</b>		
<b>Allgemeine Angaben:</b>		
Hörgerät	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Angstpatient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Drogenkonsum/ <b>wenn ja welche</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn Ja: <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn Ja: <input type="checkbox"/> 1-10 Zig./Tag <input type="checkbox"/> über 10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente / <b>wenn ja welche</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Würgereiz während zahnärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Frühere Röntgenuntersuchung (nicht älter als 12 Monate)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, Datum / Körperteile:
Schwangerschaft / <b>wenn ja welche Woche</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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