

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 Gesundheitsorge (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)	<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, wenn ja wann	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Infektionserkrankungen:		
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis/ wenn ja welche und wann	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere Infektionserkrankungen:		
Allergien / Unverträglichkeiten:		
Auf Lokalanästhetikum, wenn ja welches	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Auf Schmerzmittel, wenn ja welches	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Auf Antibiotikum, wenn ja welches	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

BITTE RÜCKSEITE 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/ Operationen:

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