

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Ort _____

Telefon (privat / mobil) _____ Telefon (geschäftlich) _____

E-Mail _____ Ausgeübte Tätigkeit _____

Gesetzlich versichert privat versichert Zahnzusatzversicherung

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

Andere Allergien/ Unverträglichkeiten:

BITTE RÜCKSEITE AUSFÜLLEN

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 bin mir bewusst, daß die Praxis verbale Beleidigungen und beleidigende Gesten zur Anzeige bringen wird.)
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen habe und einverstanden bin.

Datum

Unterschrift Patient /Erziehungsberechtigter/ gesetzlicher Vormund