

Patienten-Fragebogen (bitte vollständig ausfüllen)

m w

Nachname, Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Geschlecht
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	
Telefon (Festnetz / Handy)	Telefon geschäftlich	
E-Mail	Beruf	

Name der Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich versichert
 Privat versichert - nicht im Basistarif
 Privat versichert - im Basistarif
 Beihilfeberechtigt

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Falls Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch sind, bitte noch die folgenden Angaben zum Zahlungspflichtigen ergänzen:

Nachname, Vorname des Zahlungspflichtigen	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau:

Gesundheitszustand

Infektionserkrankungen:

Hepatitis A / B / C / D
HIV
Tuberkulose

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein

andere:

Gesundheitszustand**Bitte ankreuzen****Zusätzliche Informationen****Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

- Herzerkrankung Ja Nein _____
- Herzoperation Ja Nein _____
- Herzschrittmacher Ja Nein _____
- Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein _____
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika Ja Nein _____
- Schmerzmittel Ja Nein _____
- Antibiotika Ja Nein _____
- andere: _____

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein _____
- Lungenerkrankung Ja Nein _____
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein _____
- Rheuma Ja Nein _____
- Epilepsie Ja Nein _____
- Diabetes Ja Nein _____
- Nierenfunktionsstörungen Ja Nein _____
- andere: _____

Weitere allgemeine Angaben:

- Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann: _____
und Name: _____
- Blutverdünnung mit ASS, Marcumar, Eliquis, Xarelto, Pradaxa o. ä. Ja Nein
- Chemotherapie Ja Nein Wenn ja, wann: _____
- Strahlentherapie im Kieferbereich Ja Nein Wenn ja, wann: _____
- Raucher Ja Nein Wenn ja 0-9 ab 10 Zig./Tag
- Alkoholgenuss Ja Nein Wenn ja selten oft regelmäßig
- Drogenkonsum Ja Nein
- Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein Wenn ja, Datum: _____
und Körperteil: _____
- Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat: _____
- Angst vor Zahnarzt: 0 (keine Angst) 1 2 3 4 5 (panische Angst)
(Spontane Einstufung auf Skala von 0 bis 5)

Wichtige Informationen:

- Die obigen Angaben 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, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient und
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter