

# Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

E-Mail Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert  Privat im Basistarif
- Möchten Sie ins Recallsystem aufgenommen werden? Ja / Nein  Beihilfeberechtigt
- Wünschen Sie Informationen zum Thema Halitosis (Mundgeruch)? Ja / Nein

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

## Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

## Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum Erziehungsberechtigter

## 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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

### Infektionserkrankungen:

HIV  Ja  Nein

Hepatitis  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

andere:

---

### Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika  Ja  Nein

Schmerzmittel  Ja  Nein

Antibiotika  Ja  Nein

andere:

---

### 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:

---

### Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum  Ja  Nein

Alkoholgenuss  Ja  Nein

Wenn ja,  selten  oft   
regelmäßig

Raucher  Ja  Nein

Wenn ja,  0-10  über 10  
Zig./Tag

Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein

Wenn ja, seit wann / Name:

Frühere Röntgenuntersuchung  Ja  Nein

Wenn ja, Datum / Körperteile:

Schwangerschaft  Ja  Nein

Wenn ja, welcher Monat:

---

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

### Wichtige Informationen:

Alle Informationen 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, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschriften Patient und  
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter