

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
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	<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