

Patienten-Fragebogen
(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum Geburtsort

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

Arbeitgeber Beruf

Name der Versicherung / Krankenkasse

Hausarzt - Name, Telefon

Gesetzlich Krankenversichert Zusatzversicherung Privat Krankenversichert

Sind Patient und Versicherter/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="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | |
| Herzschwäche | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | |
| Herzklappenfehler | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | |
| Herzklappenersatz | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | |
| Endokarditis-Prophylaxe | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | |
| Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | |
| Herzoperation | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | |

Wenn ja, was: _____ Datum: _____

Schlaganfall Ja Nein Wenn ja, Datum: _____

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein
Hepatitis Ja Nein O - A O - B O - C
Tuberkulose Ja Nein
O andere: _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein Wenn ja, welche: _____
Schmerzmittel Ja Nein Wenn ja, welche: _____
Antibiotika Ja Nein Wenn ja, welche: _____
Metalle Ja Nein Wenn ja, welche: _____
andere Allergien Ja Nein Wenn ja, welche: _____

Weitere Erkrankungen:

Osteoporose Ja Nein
Asthma Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein Art: _____
Nervenerkrankung Ja Nein Art: _____
Ohnmachtsanfälle Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
Rheuma Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Diabetes Ja Nein Typ: _____
Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
Grüner Star Ja Nein
Tumorerkrankung Ja Nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit Ja Nein
Sonstige Erkrankungen _____

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja Nein
Raucher Ja Nein Wenn ja: Gelegentlich / 0-10 / über 10 Zig./Tag
Zahnimplantat vorhanden Ja Nein

Wurden bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenbilder gemacht? Ja Nein Datum: _____

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein Monat: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie Antidepressiva? Ja Nein Seit _____
Nehmen Sie Bisphosphonate? Ja Nein Seit _____
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? Ja Nein Seit _____
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? Ja Nein Seit _____
Nehmen Sie hochdosierte Steroide / Immunsuppressiva? Ja Nein Seit _____
Wurden bei Ihnen größere Operationen durchgeführt? Ja Nein Jahr _____

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer oder eine Vorsorgevollmacht? Ja Nein

Wenn ja, Betreuung durch _____
(Bitte Kopie des Betreuungsausweises vorlegen)

Wurden Sie in einen Pflegegrad eingestuft? Ja Nein Pflegegrad (0-5): _____
(Bitte Nachweis vorlegen)

Bestehen motorische Einschränkungen? Ja Nein

Ich komme in die Praxis auf Empfehlung von: _____

Ich möchte per Brief an die Vorsorgeuntersuchung und professionelle Zahnreinigung erinnert werden Ja Nein

Ich möchte am Vortag per SMS an meine Termine erinnert werden Ja Nein
(Bitte Handynummer auf der 1. Seite angeben)

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. Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind im Wartezimmer einsehbar.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.
Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnarzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftsei eingeholt wird.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen habe und die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter