



PATIENTENFRAGEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherte Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße/ Nummer

PLZ/Ort

Telefon

Mobil

E-mail

Versicherung

Gesetzlich versichert Freiwillig Privat versichert Beihilfeberechtigt Zusatzversicherung

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Möchten Sie sich für unseren kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) für Kontroll-und Prophylaxe-Termine vormerken lassen?* Ja Nein Wenn ja, per: SMS Postkarte

* Werden vereinbarte Termine nicht 24 Stunden vorher abgesagt, müssen wir Ihnen eine Rechnung in Höhe von 15-25 € stellen. Hiermit weisen wir Sie darauf hin, dass evtl. nicht alle Kosten von Ihrer Krankenversicherung übernommen werden.

Bitte wenden

Gesundheitsfragen

Allgemein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viel täglich? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Jetzige oder frühere Erkrankungen

Magen-Darm-Erkrankung Ja Nein

Atemwegserkrankung/Asthma Ja Nein

Lebererkrankung Ja Nein

Nierenfunktionsstörung Ja Nein

Herz-/Kreislaufferkrankungen Ja Nein

Welche: _____

Schlaganfall Ja Nein

Parkinson Ja Nein

Epilepsie (Krampfanfälle) Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Hoher Blutdruck Ja Nein

Niedriger Blutdruck Ja Nein

Rheuma, rheumatisches Fieber Ja Nein

Diabetes(Zuckerkrankheit, Typ 1,2) Ja Nein

Blutgerinnungsstörung Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Augenerkrankung (grüner Star) Ja Nein

Tumorerkrankung / Krebs Ja Nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Medikamente

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn Ja, welche: _____

Herzmedikamente Ja Nein

Antidepressiva Ja Nein

Blutverdünnende Medikamente Ja Nein

Bisphosphonate Ja Nein

Endokarditisprophylaxe Ja Nein

Sonstige Medikamente: _____

Allergien

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

Welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepaß? Ja Nein

Sonstige Allergien: _____

Infektionskrankheiten

Immunschwäche HIV /AIDS Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Sonstige: _____

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar. Wir dürfen Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben, wenn wir Ihre Einwilligung dazu erhalten haben oder dies gesetzlich vorgesehen ist. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden durch Ihre Unterschrift erteilen.

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/des Erziehungsberechtigten