

Patienten-Fragebogen

Telefon (privat): _____

(mobil): _____

(geschäftlich): _____

E-mail: _____

Beruf: _____

Gesetzlich versichert

Privat versichert - Basistarif-Bedingungen
(**nicht** im Standardtarif)

Privat versichert - im erweiterten Standardtarif

Privat versichert – im Standardtarif

Beihilfeberechtigt

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon-Nr.:

Bei Familienversicherten, bitte Daten des Versicherungsnehmers eintragen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger): _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
--------------------	-----------------	---------------------------

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein

Herzoperation Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Organtransplantation Ja Nein

Medikamente

Welches Organ: _____

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

andere: _____

Medikamente

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

andere _____

Medikamente

Bitte wenden!

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
Osteoporose Ja Nein

Andere:

Medikamente

Sind bei ihnen frühere oder aktuelle Kopf-Kiefererkrankungen bekannt? Ja Nein

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja Nein
Alkoholgenuss nie selten oft regelmäßig
Raucher Nein selten 0 - 10 über 10 pro Tag
Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann / Name:

(Nicht oben aufgeführte)

Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein Datum/Körperteile:
Schwangerschaft Ja Nein Welcher Monat:

Allgemeine Mundhygiene:

Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste Wie oft/wie lange putzen Sie? _____
 Zahnseide Zwischenraumbürstchen Weiteres? _____
Bemerken Sie Zahnfleischbluten? Ja Nein
Sind Sie mit Form, Farbe und Stellung Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein
Wenn nein, was stört Sie? _____

Ich möchte am Erinnerungsservice teilnehmen: Ja Nein

- 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, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens, wenn möglich, 24h im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift als Patient/Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe. Ich berechtige Sie hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxiskollegen zu übergeben.

Datum:	Unterschrift:	Datum:	Unterschrift: