

Patienten-Fragebogen

(Feld links freihalten, wird bedruckt)

Telefon (privat): _____

(mobil): _____

(geschäftlich): _____

E-mail: _____

Beruf: _____

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Hausarzt – Name.: _____

Bei Familienversicherten, bitte Daten des Versicherungsnehmers eintragen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger): _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher oder niedriger Blutdruck Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein

Herzoperation/Herzschrittmacher Ja Nein

Besitzen Sie einen Herzpass? Ja Nein

Medikamente

Organtransplantation

Ja Nein

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

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Asthma oder 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:

Raucher Ja Nein
Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann / Name:

(Nicht oben aufgeführte)

Schwangerschaft Ja Nein Welcher Monat:
Haben Sie einen Pflegegrad? Ja Nein Welcher Grad?

Bitte aufmerksam lesen und ankreuzen!

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 berechne Sie hiermit, meine gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung und Abrechnung wenn nötig auch an Dritte (Zahnärzte, Krankenkassen, KZV usw.) zu übermitteln, **sofern und auch nur wenn es für die Behandlung notwendig ist.**

Genauere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte unserer Auslage
Patienteninformation zum Datenschutz.

Wir bieten Ihnen bei einem bestehenden Termin einen Erinnerungsservice 2 Tage vorher per e-Mail oder SMS an. Hierfür benötigen wir nunmehr auch Ihr Einverständnis, im Rahmen der neuen Datenschutzverordnung, dass wir Ihnen diese zukommen lassen dürfen. Genauere Informationen hierzu liegen in unserer Praxis als **Anlage zum Anamnesebogen** aus.

Ja ich wünsche die Erinnerung an bestehende Termine Nein ich wünsche dies nicht

Bitte nicht vergessen eine Handynummer oder e-Mail- Adresse anzugeben!

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.

Datum:	Unterschrift:	Datum:	Unterschrift: