

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Versicherung / Krankenkasse

Ich wurde überwiesen von:

Für Privatversicherte:

Ich bin im PKV-Standardtarif versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

Ich bin im PKV- Basistarif versichert

Für gesetzlich Versicherte:

Ich bin im zahnärztlich zusatzversichert

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet / Google

Freunde / Bekannte

Telefonbuch

Überweisung von: _____

Möchten Sie von uns an Ihren halbjährlichen Kontrolltermin erinnert werden (Recall-System)?

Ja

Nein

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	
<hr/>		
Infektionserkrankungen:		
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
andere:		
<hr/>		
Allergien / Unverträglichkeiten:		
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
andere:		
<hr/>		
Weitere Erkrankungen:		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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

Bei Zahnfilmen bitte Anschrift
des Zahnarztes:

Ja Nein Wenn ja, Datum

Schwangerschaft: Ja Nein

Anästhesieaufklärung

Ich bin über die Gefahren und Risiken einer
Leitungsanästhesie, sowie evtl. Schäden des
Nervus alveolaris inferior und Nervus lingualis
aufgeklärt worden.

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, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- 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