

## Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich versichert

Privat versichert - **nicht** im Basistarif

Privat versichert - im Basistarif

Beihilfeberechtigt

Zusatzversicherung

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

**Sind Patient und Versicherungsnehmer nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

Nachname, Vorname (Versicherungsnehmer)

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
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen:</b>		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Infektionserkrankungen:</b>		
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:		

### Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika  Ja  Nein  
Schmerzmittel  Ja  Nein  
Antibiotika  Ja  Nein  
andere:

---

### Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein  
Lungenerkrankung  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
Rheuma  Ja  Nein  
Epilepsie  Ja  Nein  
Diabetes  Ja  Nein  
Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein  
Ohnmachtsneigung  Ja  Nein  
andere:

---

### Allgemeine Angaben:

Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0-10  über 10 Zig./Tag  
Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein Wenn ja, seit wann / Name:  
  
Frühere Röntgenuntersuchung  Ja  Nein Wenn ja, Datum / Körperteile:  
  
Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat:

---

Wie wurden Sie auf unsere  
Praxis aufmerksam?

---

### Recall: (Kontrolluntersuchung bzw. PZR)

Ich wünsche die kostenlose Aufnahme in unser Recallsystem, d.h. ich werde in regelmäßigen Abständen an medizinisch notwendige Kontrolluntersuchungen bzw. professionelle Zahnreinigungstermine erinnert.  
 Ja  Nein

Wenn ja, Post  Telefon  E-Mail

### 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