

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 Versicherung / Krankenkasse Arbeitgeber

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Ich bin privat Zusatzversichert |
| <input type="checkbox"/> Ich bin Zusatzversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin im PKV-Basistarif versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

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

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

Infektionserkrankungen:

- HIV Ja Nein
- Hepatitis Ja Nein
- Wenn Ja welche Form? A B C
- Tuberkulose Ja Nein
- andere: Ja Nein
- Creutzfeld-Jacob Ja Nein

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit Von Medikamenten bzw. Materialien Ja Nein

Wenn ja, welche?

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
- Ohnmachtsneigung Ja Nein
- Andere:

Allgemeine Angaben:

- Drogenkonsum Ja Nein Gelegentl.
- Alkoholgenuss Ja Nein Gelegentl.
- Raucher Ja Nein Gelegentl.

Nehmen sie regelmäßig Medikamente?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wurden sie innerhalb der letzten 12 Monate am Kopf oder Hals geröntgt?

Ja Nein

Wenn ja, Bereich?

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein Ungewiss

Ggf. wievielte Woche?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Kennen Sie schon unser Erinnerungssystem?

Wer möchte nicht seine Zähne erhalten und sich ein gesundes Zahnfleisch bewahren? Auf Dauer werden Sie dies aber kaum ohne tägliche Zahnpflege und regelmäßige Kontrolluntersuchung durch den Zahnarzt erreichen. Damit Sie nicht immer an Ihren nächsten Vorsorgetermin denken müssen, haben wir zu Ihrer Entlastung einen Erinnerungsdienst eingerichtet. In regelmäßigen Abständen benachrichtigen wir Sie, dass eine erneute Untersuchung fällig ist. Dabei können wir bereits einen festen Termin reservieren.

Ich bin am Erinnerungsdienst interessiert und wünsche in regelmäßigen Abständen eine Kontrolluntersuchung

Ja Nein

Besitzen Sie ein Bonusheft?

Ja Nein

Ich wurde auf die AGB's (allgemeine Geschäftsbedingungen) hingewiesen ja nein

Wichtige Informationen:

- 1 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.
- 2 Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- 3 Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten nach § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.
- 4 Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter