



PATIENTEN-FRAGEBOGEN

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum, Geschlecht: <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon (privat / mobil)	Telefon (geschäftlich)
eMail	Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Beihilfeberechtigt
- Zusatzversichert für Zahnbehandlungen

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

WENN PATIENT UND ZAHLUNGSPFLICHTIGER NICHT IDENTISCH SIND,
dann 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 bei akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

X

Unterschrift (Erziehungsberechtigter)



PATIENTEN-FRAGEBOGEN

(bitte vollständig ausfüllen)

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND SO GENAU WIE MÖGLICH:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN:		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Herzoperation	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
andere Herzerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
INFEKTIONSERKRANKUNGEN:		
HIV	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Hepatitis	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
andere:		_____
ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN:		
Lokalanästhetika	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Schmerzmittel	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Antibiotika	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
andere:		_____
WEITERE ERKRANKUNGEN:		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Asthma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Lungenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Rheuma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Epilepsie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Diabetes	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Nierenfunktionsstörungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Osteoporose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
andere:		_____



PATIENTEN-FRAGEBOGEN

(bitte vollständig ausfüllen)

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND SO GENAU WIE MÖGLICH:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
ALLGEMEINE ANGABEN:		
Nehmen Sie das Medikament Biphosphonate	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Haben Sie ein künstliches Gelenk (Knie, Hüfte)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Raucher	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, <input type="radio"/> 0-10 <input type="radio"/> über 10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann / Name: _____
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, Datum / Körperteile: _____
Schwangerschaft	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welcher Monat: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG:

Ich bin damit einverstanden,
dass Fotografien zur Diagnostik
von mir gemacht werden

Ja Nein

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.
- Wird die Krankenversichertenkarte im Quartal nicht vorgelegt, werden die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt.

Datum

X

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter