

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum, Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon (privat / mobil)	Telefon (geschäftlich)
E-Mail Adresse	
Beruf	Name der Versicherung / Krankenkasse
Hausarzt - Name - Adresse, Telefon	

Bei Familienversicherung bitte ergänzen:

Nachname, Vorname (Versicherter)	Geburtsdatum
Strasse, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau:
 Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
--------------------	-----------------	---------------------------

Herz-/Kreislaufkrankungen

- | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| 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 |

Infektionserkrankungen:

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| HIV | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Hepatitis B oder C Wenn ja, <u>welche?</u> | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

Allergien / Unverträglichkeiten: z.B. Heuschnupfen / Medikamente)

Wenn ja, welche?
 ja nein



Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
--------------------	-----------------	---------------------------

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma / 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

Allgemeine Angaben:

Raucher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Frühere Operationen Wenn ja, <u>welche?</u>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Regelmäßige Medikamente Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich möchte in regelmäßigen Abständen an die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden.

- ja, ich möchte erinnert werden.
- nein, ich möchte nicht erinnert werden.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muß, ggf. eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Datum _____

 Unterschriften Patient und berechtigter
 Vertretungs berechtigter