

**Patienten-Fragebogen (bitte vollständig ausfüllen)**Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum, Geburtsort; Geschlecht:  m  w  d

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat) Telefon (mobil) Telefon (geschäftlich)

E-Mail Terminerinnerung per SMS gewünscht  Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

Geburtsname

 Gesetzlich versichert Privat versichert - **nicht** im Basistarif Zusatzversicherung Privat versichert - im Basistarif (Faktorbegrenzung bis 2,0) Bonusheft vollständig seit: Beihilfeberechtigt Pflegegrad:

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

Unterschrift 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	
Herzklappenerkrankung/-defekt/-ersatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzerkrankung (Infarkt, Rhythmusstörung, Insuffizienz, Angina pectoris, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzoperation (Stent, Dilatation, Bypass, etc. )	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzschritmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schlaganfall, Thrombosen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Blutgerinnungsstörung / Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Infektionserkrankungen:</b>		
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**Hoher Blutdruck (Hypertonie)  Ja  NeinNiedriger Blutdruck (Hypotonie)  Ja  NeinHerzklappenerkrankung/-defekt/-ersatz  Ja  NeinHerzerkrankung (Infarkt, Rhythmusstörung, Insuffizienz, Angina pectoris, etc.)  Ja  NeinHerzoperation (Stent, Dilatation, Bypass, etc. )  Ja  NeinHerzschritmacher  Ja  NeinSchlaganfall, Thrombosen  Ja  NeinBlutgerinnungsstörung / Blutungsneigung  Ja  Nein**Infektionserkrankungen:**HIV / AIDS  Ja  NeinHepatitis  Ja  Nein  A  B  CTuberkulose  Ja  Nein

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
<b>Allergien / Unverträglichkeiten:</b>		
Lokalanästhetika/"Betäubungsspritzen"	<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 Allergien:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche:
<b>Weitere Erkrankungen:</b>		
Engwinkelglaukom, grüner Star	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Asthma / Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rheuma / Arthritis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes / Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nierenerkrankung, Dialyse, etc.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ohnmachtsneigung, Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Künstl. Gelenke (z.B. Hüfte, Knie...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche:
Tumor / Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kopfschmerzen, Migräne, chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche:
<hr/>		
<b>Allgemeine Angaben:</b>		
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> über 10 Zig./Tag
Regelmäßig eingenommene <b>Medikamente</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Wenn ja, welche:</b>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Blutverdünner (Marcumar, ASS, Plavix,...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
frühere Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, Datum / Körperteile:
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____		
Hinweis: Nach einer zahnärztlichen Behandlung kann Ihre Verkehrstüchtigkeit bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein. Wir rufen gern ein Taxi.		
<b>Wichtige Informationen:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.</li> <li>• Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen (Gesundheitszustand, Adresse, etc.) zu informieren.</li> <li>• <b>Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Ausfallkosten in Rechnung gestellt werden.</b></li> <li>• Ich bestätige mit meiner <b>Unterschrift</b>, dass ich die abgedruckten <b>Informationen gelesen und verstanden habe.</b></li> </ul>		
X _____	X _____	
Datum	<b>Unterschrift</b> Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter	