



Ihre Zahngesundheit liegt uns am Herzen

Patienten-Fragebogen (bitte vollständig ausfüllen)

.....
Nachname, Vorname (**Patient**)

.....
Geburtsdatum, **Geburtsort**, Geschlecht m w

.....
Nachname, Vorname (**Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter**)

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Ort

.....
Telefon (privat/mobil)

.....
Telefon (geschäftlich)/Firma

.....
E-Mail

.....
Beruf

.....
Name der Versicherung/Krankenkasse

Ich bin privat nach PKV-Basistarif versichert. (PKV : Private Kranken Versicherung)

.....
Hausarzt - Name, Telefon wenn bekannt

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Berechtigung (ausser akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Wichtige Information

Wir führen eine Bestellpraxis und versuchen stets, die Wartezeit so gering wie möglich zu halten. Sollten Sie Ihrerseits einen vereinbarten Termin nicht einhalten können und diesen nicht 24 Stunden vor der Behandlung abgesagt haben, behalten wir uns vor, Ihnen die Kosten für die reservierte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen.

.....
Datum

.....
Patient / Erziehungsberechtigter

Achtung Rückseite!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Medikamente
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	.....
Herzoperation	<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	.....
Infektionskrankheiten		
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	.....
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....
Allergien/Unverträglichkeiten		
Lokalanästhetika	<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	.....
Weitere Erkrankungen		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....
Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....
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	.....
Nervenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....
Leberfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....
Osteoporose / Biphosphonat	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....
andere nicht genannte Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....
Allgemeine Angaben		
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....
Alkoholkrank	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....
Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> über 20 Zig./Tag
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, Datum/Körperteile

Schwangerschaft ja nein Wenn ja, welcher Monat

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

.....

Einwilligung zur Datenspeicherung und Verarbeitung gemäß DSGVO:

Ich willige in die Speicherung, Verwendung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Verwendung für Diagnostik, Therapie und Abrechnungswesen in dieser Praxis und im Bedarfsfall zur Weiterleitung an externe Dienstleister wie z.B. Labore oder Überweisungskliniken ein. Es werden keine Daten für Werbezwecke weitergeleitet. Falls sich meine Daten ändern, informiere ich Sie beim nächsten Besuch.

.....
 Datum Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter