Zahnarztpraxis
GARRELTS

Zahnärztin Annika Ziera

PATIENTENFRAGEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.
Bevor wir uns aber in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihrer Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Bitte füllen Sie Seite 1+2 vollständig aus.

....
Nachname, Vorname **(Zahlungspflichtiger)** Geburtsdatum, Geburtsort, Geschlecht: ☐ m ☐ w

....
Straße, Hausnummer Postleitzahl, Wohnort

....
Telefon privat Telefon tagsüber

....
E-Mail-Adresse Beruf

....
Name der Versicherten/Krankenkasse Pflegegrad 1,2,3, 4 oder 5

Ich bin im Basistarif der Privaten Krankenversicherung versichert ☐ Ja ☐ Nein

Hausarzt: Name, Adresse, Telefon .....
.....

ACHTUNG: Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben für den Patienten ergänzen:

....
Nachname und Vorname **(Patient)** Geburtsdatum, Geburtsort, Geschlecht ☐ m ☐ w

....
Straße, Hausnummer Postleitzahl, Wohnort

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (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 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 Unterschrift: Versicherungsnehmer/in

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

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:	Ja	Nein
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	☐	☐
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	☐	☐
Herzklappenerkrankung/-defekt	☐	☐
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	☐	☐
Herzerkrankung/künstliche Herzklappe	☐	☐
Herzoperation	☐	☐
Herzschrittmacher	☐	☐
Endokarditis-Prophylaxe	☐	☐
Gerinnungshemmende Medikamente	☐	☐

Infektionserkrankungen:	Ja	Nein
HIV	☐	☐
Hepatitis A, B oder C	☐	☐
Tuberkulose	☐	☐

andere:

.....

.....

.....

Weitere Erkrankungen:		
Allergien (Latex, Penicillin, Lokalanästhetika, ..)	☐	☐
Schmerzmittelallergie/Unverträglichkeit	☐	☐
Blutgerinnungsstörungen	☐	☐
Asthma/Lungenerkrankung	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Osteoporose/Biphosphonat	☐	☐
Epilepsie	☐	☐
Tumorerkrankung	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Leber-/Nierenfunktionsstörungen	☐	☐
Ohnmachtsneigung	☐	☐
Immunschwäche/Mukoviszidose	☐	☐
Augeninnendruck erhöht (Engwinkelglaukom)	☐	☐
Rheuma	☐	☐
andere nicht genannten Krankheiten	☐	☐

Medikamente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Weitere Fragen:	Ja	Nein	
Drogenkonsum	☐	☐	.....
Alkoholgenuss	☐	☐	Wenn ja, ☐ selten ☐ oft
Raucher	☐	☐	Wenn ja, ☐ 0-10 ☐ über 10 Zigaretten/Tag
Sonstige regelmäßige Medikamente	☐	☐	Wenn ja, seit wann/Name: .....
Frühere Röntgenuntersuchung	☐	☐	Wenn ja, Datum/Körperteile: .....
Schwangerschaft	☐	☐	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 Abrechnungeswesen 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