

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient;

Herzlich Willkommen in unserer Praxis für Zahnheilkunde.

Patient: Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Mail-Adresse (freiwillige Angabe)	

Telefon privat

Telefon mobil

Beruf
(freiwillige Angabe)

Arbeitgeber
(freiwillige Angabe)

Telefon geschäftlich
(freiwillige Angabe)

mitversichert bei: Name

Vorname

Geburtsdatum

wenn anders als oben:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

- Gesetzlich versichert
- Zahn-Zusatzversicherung
- Privat versichert
- Beihilfeberechtigt
- Basistarif

Name der Krankenkasse / Versicherung

Anmerkung: Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versicherungskarte nicht bis zum Ende des jeweiligen Quartals vorgelegt wird!

Durch wen wurden Sie empfohlen? (freiwillige Angabe)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Jameda

Facebook

Website/ Homepage

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

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

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- | | |
|----------------------------|---|
| Zustand nach Infarkt/Stent | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzmuskelentzündung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bypass-Operation | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Augenerkrankung

- | | |
|-------------|---|
| grüner Star | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|-------------|---|

Atmungs-Lungen-Erkrankungen

- | | |
|-------------|---|
| Asthma | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Magen-Darm-Erkrankungen

- | | |
|-----------------|---|
| Magenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Blasen-Nieren-Erkrankungen

- | | |
|------------------|---|
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Dialyse | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Lebererkrankung

- | | |
|-----------|---|
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------|---|

Zentrales Nervensystem

- | | |
|----------------------|---|
| epileptische Anfälle | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|----------------------|---|

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes Ja Nein Typ 1/ Typ 2

Infektionserkrankungen

HIV / Aids Ja Nein

sonstige Erkrankungen

Blutgerinnungsstörung Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Tumorerkrankungen Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Sonstige medizinisch wichtige Informationen

Haben Sie andere hier nicht aufgeführte Erkrankungen?

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Konsumieren Sie täglich Alkohol oder Drogen?

Wenn ja, wieviel? _____

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie zurzeit schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Sind Sie einer Pflegestufe zugeordnet? Ja Nein Wenn ja, welcher? _____

Möchten Sie im Rahmen unserer Serviceleistung kostenlos an Ihren nächsten Kontroll- bzw. Prophylaxetermin erinnert werden?

Ja Per Mail (bitte Adresse angeben) Per Post Nein

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Zähnen (freiwillige Angabe)?

Bitte setzen Sie unter den entsprechenden Smiley ein Kreuz.



unglücklich



einigermaßen
zufrieden



glücklich

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Ich habe die aushängende Verordnung gelesen und erkläre mich mit der entsprechenden Datenverarbeitung einverstanden.
- Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Veränderungen (Adresse, Krankenkasse, Krankheiten, Medikamente o.ä.) zu informieren.
- Wir bemühen uns, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, im Falle einer Verhinderung, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt nicht eingehaltene Termine nach §615 BGB in Rechnung zu stellen.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden zu haben.

Ort/ Datum /Unterschrift